

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

EQUIDADE, INCLUSÃO E SUSTENTABILIDADE
NA PRÁTICA DA PSICOLOGIA DA SAÚDE



Egas Moniz School of Health and Science
Almada, 31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024

LIVRO DE ATAS

Coordenador
Luís Querido

Editores

Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis,
Paulo Chaló, & Rita Antunes



SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

TÍTULO: 15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE – ATAS

COORDENADOR: LUÍS QUERIDO

EDITORES: ALEXANDRA FERREIRA-VALENTE, MARTA REIS,
PAULO CHALÓ & RITA ANTUNES

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

AV. FONTES PEREIRA DE MELO 35, 11ºB

1050-118 LISBOA

1ª EDIÇÃO: JANEIRO DE 2024

ISBN: 978-989-98855-4-7

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Equidade, Inclusão e Sustentabilidade
na Prática da Psicologia da Saúde

ATAS

Coordenador:
Luís Querido

Editores:
Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis,
Paulo Chaló, & Rita Antunes

31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024
Almada, Egas Moniz School of Health and Science

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

ÍNDICE

PREÂMBULO	1
Os Organizadores	
POSIÇÕES SOCIOMÉTRICAS E BULLYING: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO	2
Wanderlei Abadio de Oliveira & Victoria Maria Ribeiro Lembo	
PERCEÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE O CONTEXTO DE TRABALHO DE UMA ESCOLA MUNICIPAL	17
Maria Schmidt, Monica Steff, Rafaela Pankowski, Liliane Rotoli, Gabriel Cruz, & Ana Bononi	
INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NA PERCEÇÃO DA EXPRESSÃO SEXUAL	26
Patrícia Baião, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal	
ESTUDOS TRANS EM TEMPOS DE MUDANÇA: REVISÃO CRÍTICA SOBRE MODELOS DE INVESTIGAÇÃO	35
Marta Conceição & Pedro Alexandre Costa	
INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO CANCRO DA MAMA NOS COMPANHEIROS: REVISÃO SISTEMÁTICA	49
Diana Marinho & Isabel Silva	
BULLYING, CYBERBULLYING E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA	64
Wanderlei Abadio de Oliveira, Sofia Xavier, Claudio Romualdo, & André Luiz Andrade	
A ANSIEDADE E O IMPACTO QUE TEM NO DESEJO SEXUAL DA MULHER	77
Andrea Costa & Sofia von Humboldt	
FELICIDADE NOS CONTEXTOS DE VIDA	89
Ana Mateus Silva & Cláudia Paixão	
ESTUDO DE STRESS, COPING E SAÚDE MENTAL NOS PORTUGUESES	103
Graça Blanco & José Luís Pais-Ribeiro	
FLOURISHING, WELL-BEING AND LIFE SATISFACTION IN PORTUGUESE VETERINARIANS	119
Isabel Silva & Glória Jólluskin	

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

HIKIKOMORI E DEPENDÊNCIA ONLINE: QUAL A RELAÇÃO?	126
Ivone Patrão, Bruna Lucas & Inês Borges	
CONTRIBUTOS DA EDUCAÇÃO SOCIAL E PSICOLOGIA DA SAÚDE NA LITERACIA EM SAÚDE	132
Filipa Coelho, Marta Reis, Gina Tomé, Cátia Magalhães, & Margarida Gaspar de Matos	
EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO E RESILIÊNCIA PARA UMA LONGEVIDADE SAUDÁVEL	146
Maria Cristina Faria	
DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR ACIDENTE LABORAL: QUESTÕES DE SAÚDE NO RETORNO AO TRABALHO	160
Joelma Cristina Santos & Maria Nivalda de Carvalho-Freitas	
SUPORTE E REINSERÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR ACIDENTE DE TRABALHO	173
Joelma Cristina Santos & Maria Nivalda de Carvalho-Freitas	
PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS E PATERNAS COM MULHERES E HOMENS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE	186
Gabriela Ormeño, Lais Kreutzer, Thaís de Paula, Nariana de Freitas, & Ellen Ferreira	
FUNCIONAMENTO EMOCIONAL E COGNITIVO DE SOBREVIVENTES DE CANCRO DO INTERIOR DE PORTUGAL	197
Salomé Santos, Rita Lourenço, Jorge Costa, & Ana Torres	

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

PREÂMBULO

É com grande entusiasmo que apresentamos o preâmbulo do livro de atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, um evento de destaque, organizado pela Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS), em colaboração com a Egas Moniz School of Science and Health, que decorreu nos dias de 31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024. Este congresso, sob o tema "Equidade, Inclusão e Sustentabilidade na Prática da Psicologia da Saúde", reuniu conceituados académicos na Egas Moniz School of Science & Health, situada no inspirador Monte da Caparica, em Almada.

Ao longo destes quatro dias, os participantes tiveram a oportunidade de explorar, e debater importantes questões no âmbito da Psicologia da Saúde, abordando não apenas os desafios atuais, mas também as oportunidades emergentes para promover uma prática mais equitativa, inclusiva e sustentável.

Destacamos a presença de seis conferencistas de renome nacional e internacional, cuja reconhecida competência nas respetivas áreas de conhecimento enriqueceu as nossas reflexões e ofereceu uma valiosa contribuição para a discussão e o debate científico.

Sublinhamos ainda que o 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde reuniu mais de 250 participantes. No decorrer dos quatro dias de trabalhos científicos foram apresentadas comunicações orais, simpósios, posters e as já mencionadas seis conferências plenárias.

O presente livro de atas enriquece as publicações que resultaram deste congresso, servindo assim como testemunho e registo das ideias inovadoras, descobertas e discussões atuais que irão moldar o cenário da Psicologia da Saúde nos anos vindouros.

Desejamos que todas e todos os participantes tenham tido uma experiência enriquecedora, inspiradora e produtiva neste congresso, contribuindo para o avanço e aprimoramento contínuo da prática da Psicologia da Saúde.

O coordenador do Livro de Atas

Luís Querido

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

POSIÇÕES SOCIOMÉTRICAS E BULLYING: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO

Wanderlei Abadio de Oliveira¹ (wanderleio@hotmail.com) & Victoria Maria Ribeiro Lembo¹

¹Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil

O *bullying* escolar é um fenómeno caracterizado por um desequilíbrio de poder real ou percebido entre os pares, no qual comportamentos agressivos sistemáticos e intencionais são direcionados de forma direta ou indireta às vítimas (Oliveira et al., 2016). Quanto à prevalência, as taxas de ocorrência variam entre 2% e 32% em todo o mundo. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2019 indicou que 23% dos estudantes se declararam vítimas e 12% se declararam agressores, sendo que, entre os meninos, essa prática foi relatada por 14,6%, em comparação com 9,5% entre as meninas (Malta et al., 2022). A literatura científica especializada sobre esse tipo de violência indica que os meninos, em diversos contextos socioculturais, são os mais propensos a praticá-lo (Garcés-Pretzel et al., 2020; Reisen et al., 2019). Um estudo publicado recentemente revelou que são preditores significativos para o *bullying*: ser do sexo masculino; estudar em escola pública; ter emoções atípicas ou relações ruins com os pares (Rana et al., 2020). Além da prevalência, também resta documentado que existem diferenças entre os gêneros na forma como as agressões se manifestam. Nesse sentido, os meninos tendem a praticar mais o *bullying* direto (como pontapés, socos, ofensas, etc.), enquanto as meninas tendem a praticar mais o *bullying* indireto (exclusão social, disseminação de boatos, etc.) (Bosa et al., 2018).

O fenómeno começou a ser investigado pela comunidade científica no final da década de 1960 e, atualmente, devido às suas altas taxas de prevalência e às suas consequências é considerado um problema de saúde pública (Hultin et al., 2021). Para além do impacto na vida quotidiana dos estudantes expostos ao *bullying*, tem sido descrita uma associação relevante com diversos problemas de saúde mental. O envolvimento em situações de *bullying*, seja como vítima, agressor ou vítima-agressora, foi associado à ansiedade, depressão, dificuldades psicossociais e comportamento de automutilação, por exemplo (Eyuboglu et al., 2021). Análises prospectivas indicaram que um adolescente que está constantemente envolvido em comportamentos agressivos apresenta uma probabilidade 1,71 vezes maior de desenvolver sintomas de ansiedade ou depressão ao longo do tempo em comparação com adolescentes que não se envolvem em *bullying* (Silva et al., 2020).

Outro ponto importante a ser considerado em relação a esse fenómeno é o *status* sociométrico, que se refere à distribuição do poder simbólico entre os estudantes e à definição das posições

entre os pares (Maia et al., 2020). Uma vez que o *bullying* é um problema que emerge das relações sociais, a literatura destaca a importância da popularidade e da posição social (incluindo a atenção, os elementos de poder e o *status*) entre os pares, bem como os sentimentos de medo de se tornar uma vítima, inseguranças e a busca por recompensas emocionais por meio das agressões (Thornberg, 2011). Além disso, durante a adolescência, ocorrem mudanças profundas no funcionamento psicológico do indivíduo, que são significadas, interpretadas e construídas dentro de um contexto cultural e histórico (Souza & Silva, 2019). Nesse contexto, obter e manter uma boa posição social e ser aceito pelos pares são altamente valorizados pelos adolescentes, o que, para alguns grupos, significa exibir comportamentos agressivos na sala de aula (Estévez et al., 2012).

Estudos científicos que utilizam a sociometria, ou seja, instrumentos que envolvem a nomeação entre os pares, identificaram vários perfis em relação aos escores obtidos no *status* social, a saber: (I) popular, que reflete o grau em que o adolescente é percebido pelos seus pares como popular; (II) preferido, que é o perfil do indivíduo lembrado por ser gostado e aceito pelos pares; (III) rejeitado, que descreve o adolescente que a maioria dos colegas não gosta; (IV) controverso, perfil de adolescente que recebe altos escores de aceitação por alguns pares, mas também é rejeitado por outros; (V) ignorado, adolescente que não é lembrado como aceito nem rejeitado pelos colegas; e (VI) mediano, o indivíduo que não recebe altas taxas de aceitação nem de rejeição de seus pares (Cañas et al., 2022; Farmer et al., 2011; Stotsky & Bowker, 2018).

Embora exista uma extensa literatura sobre a relação entre *bullying* e questões psicossociais, permanecem lacunas sobre questões sociométricas em relação ao *bullying* nas escolas dos países de língua portuguesa. Também faltam investigações que particularizem grupos, como apenas os meninos ou as meninas. Os estudos, em geral, concentram-se nos diagnósticos de prevalência, na investigação de associações com problemas de saúde mental ou desempenho acadêmico.

A partir do cenário apresentado anteriormente foram propostos dois estudos. O primeiro estudo, de revisão da literatura, objetivou integrar evidências sobre como o *status* sociométrico se relacionava à prática/perpetração do *bullying* escolar por meninos. O segundo estudo teve como objetivo complementar, empiricamente, alguns achados do primeiro e identificar as posições sociométricas de um grupo de meninos identificados como agressores em salas de aula. Os pressupostos investigativos foram: 1) os agressores podem ocupar posições específicas dentro das dinâmicas sociais das salas de aula, e essas posições podem ser identificadas e caracterizadas; 2) o entendimento sobre o comportamento de *bullying* entre meninos é importante para identificar e abordar os desafios específicos enfrentados por esse grupo; 3) implicações teóricas e práticas para a Psicologia poderão ser destacadas a partir dos resultados obtidos.

MÉTODO

Estudo 1

Tipo de estudo: foi realizada uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão fornece uma visão abrangente de um tema e seu processo é estruturado em sete etapas: 1) selecionar um conceito/tema de interesse; 2) determinação de objetivos e questões norteadoras; 3) realização de pesquisas; 4) organização e avaliação de dados; 5) análise e síntese de resultados; 6) resumo, integração e formulação de conclusões sobre os resultados; e 7) divulgação da revisão (Kutcher & LeBaron, 2022).

Estratégia de pesquisa e questão norteadora: foram consultadas as bases de dados SCOPUS, Web of Science, PubMed e SciELO. A estratégia PVO (participantes, variáveis e *outcomes*/desfechos), foi aplicada na elaboração da questão norteadora do estudo (Como o *status* sociométrico está relacionado com a prática do *bullying* entre estudantes do sexo masculino?), bem como na definição dos termos aplicados nas buscas, que foram: *peer status*, *sociometric*, *bullying*.

Crerios de inclusão e exclusão: estudos quantitativos e qualitativos publicados em português, inglês ou espanhol foram considerados elegíveis. Nenhum recorte temporal foi utilizado e foram considerados apenas artigos científicos publicados em periódicos. Foram excluídos estudos de revisão e teóricos. Excluiu-se também estudos com adultos ou sobre *bullying* em outros contextos. Outros tipos de materiais não foram considerados (editoriais, comentários, cartas ao editor etc.).

Seleção dos estudos e extração de dados: após a pesquisa nas bases de dados, os resultados obtidos foram exportados para a plataforma Rayyan (Ouzanni et al., 2016) para a exclusão de artigos duplicados e análise de títulos e resumos. No total foram identificados 181 artigos sendo 69 duplicados e excluídos. A partir da análise de títulos e resumos foram excluídos 96 artigos e 16 foram selecionados para serem analisados na íntegra. Por fim, oito estudos compõem o corpus da revisão e os demais foram excluídos por falta de evidência pertinente.

Análise de dados: foram utilizadas estratégias para estabelecer temas e padrões, agrupar e fazer contrastes/comparações de forma descritiva.

Estudo 2

Desenho e cenário: foi realizado um estudo transversal para obter dados autorreferidos sobre *bullying* e posições sociométricas. O estudo foi realizado em uma escola pública do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Participantes: participaram 165 estudantes do sexo masculino com idades entre 11 e 19 anos (média de idade 14,79 anos; $DP = 1,93$) matriculados entre o 6º ano do Ensino Fundamental e

o 3º ano do Ensino Médio. Para nomeação dos pares foram utilizados também os dados recolhidos com as meninas em cada sala de aula.

Instrumento: os dados foram recolhidos por meio da autoaplicação da Escala Sócio-Métrica (Levandoski, 2009). O instrumento é composto por 12 questões de nomeação por pares para identificar agressores e vítimas de situações de *bullying* e a posição social nas relações entre pares. Foi incluído um cabeçalho na escala para recolher dados de caracterização dos participantes.

Procedimentos: foram apresentados aos alunos os objetivos do estudo e sua dinâmica operacional. Termos de consentimento e assentimento foram assinados. A escala sociométrica foi aplicada coletivamente em salas de aula. Cada participante recebeu uma folha impressa com a escala sendo solicitado o preenchimento. Durante o preenchimento da escala foi prestada a devida assistência aos alunos que necessitavam.

Análise de dados: a interpretação do instrumento de autonegação e nomeação pelos pares consiste na tabulação para se observar a frequência nas diferentes perguntas e questões (Levandoski, 2009). Em cada sala de aula foram identificados os alunos considerados agressores quando eles atingiam dez indicações ou mais nos itens: colegas que mais incomodavam com piadas e/ou colegas que mais provocavam ou ameaçavam. Posteriormente, foram selecionados os três estudantes mais mencionados em cada uma das seguintes categorias: aceitação, atração, fala menos, faz menos confusão, rejeição, menos atração, fala mais e faz mais confusão.

Aspectos éticos: o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-Campinas. Os nomes constantes nas escalas foram substituídos por códigos composto por P (participante), número aleatório de tabulação.

RESULTADOS

Estudo 1

Foram incluídos oito artigos para constituir o corpus da revisão (Acquah et al., 2014; Bruyn et al., 2009; Cerezo & Ato, 2010; Greco, 2019; Lee, 2009; Molina et al., 2011; Veenstra et al., 2010; Zequinão et al., 2020). Espanha e Holanda foram os países onde a maioria das pesquisas foi conduzida, com duas publicações cada, seguidos por Brasil, Argentina, Finlândia e Coreia do Sul, cada um com uma pesquisa. Quanto ao ano de publicação, 2010 e 2009 foram os mais prevalentes, com duas publicações em cada ano. De forma geral, os artigos definiram o *bullying* com base no desequilíbrio de poder entre os pares, no qual ocorrem agressões intencionais e contínuas dirigidas, direta ou indiretamente, às vítimas. Notou-se que, de um modo geral, os

pesquisadores demonstram interesse em compreender o *bullying* e os fatores psicossociais associados.

Os principais resultados, relacionados ao objetivo da revisão integrativa, foram sistematizados em sete temas gerais que estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. *Síntese interpretativa dos resultados revisados.*

Tema	Síntese interpretativa
Status sociométrico	Nomeação de perpetração de <i>bullying</i> era mais proeminentes em meninos do que em meninas; os meninos são mais lembrados tanto de forma positiva quanto negativa pelos pares; os pares gostavam menos dos meninos agressores do que das meninas agressoras.
Meninos identificados como agressores	Têm melhor desempenho no <i>status</i> sociométrico em comparação com estudantes não envolvidos em situações de <i>bullying</i> ou com as vítimas; eles são os primeiros a serem escolhidos nas atividades de educação física, mas os últimos nas atividades em sala de aula.
Rejeição	Estudantes rejeitados eram agressores e, majoritariamente, meninos; a rejeição ocorre entre agressores, vítimas e estudantes com perfil de retraimento social, embora existam grupos de agressores populares; aproximadamente 3 de cada 4 meninos compõem o grupo de agressores populares; os estudantes mais rejeitados em sala de aula eram agressores ou vítimas; os agressores eram rejeitados pelos pares do mesmo gênero da vítima; a rejeição provocada a escolha de vítimas que sustentavam, em alguma medida, a afeição do grupo de pares; comportamentos agressivos foram mais associados à rejeição em meninos do que em meninas.
Agressores e vítimas rejeitados	Agressores e vítimas eram considerados, igualmente, rejeitados em comparação com outros alunos, mas as vítimas eram vistas como covardes e os agressores como fisicamente fortes.
Mudanças com a idade	A aceitação de meninos que intimidam meninas mudava à medida que eles entravam na pré-adolescência.
Popularidade e contradições	Os alunos mais populares obtinham pontuações menores em “vitimização” e maiores quando adotavam comportamentos de defesa das vítimas; ou seja, estudantes tinham avaliação controversa, pois no papel de agressor eram rejeitados, mas no papel de defensor eram considerados populares; adolescentes populares e não aceitos pelos pares praticavam mais <i>bullying</i> do que aqueles que eram populares e aceitos; a associação entre perpetração de <i>bullying</i> e popularidade era significativa
Aceitação	De maneira geral, meninos e meninas considerados “aceitos” pelos pares não foram nomeados como vítimas nem como agressores.

Verificou-se a pluralidade de variáveis que compreendem a relação entre o *status* sociométrico e a prática de *bullying*, evidenciando a complexidade das interações sociais e como fatores de gênero desempenham um papel significativo no fenômeno. No que diz respeito à rejeição, é interessante notar que tanto os agressores quanto as vítimas enfrentavam níveis semelhantes de rejeição em comparação com outros colegas. No entanto, as percepções sobre eles variavam. As vítimas eram frequentemente vistas como mais vulneráveis, enquanto os agressores eram percebidos como mais fortes ou potentes. A popularidade e as contradições associadas a ela também é um ponto importante a ser destacado na revisão dos estudos. *Status* sociométrico,

rejeição e popularidade foram aspectos complexos evidenciados nas dinâmicas de *bullying* nos diferentes estudos.

Estudo 2

A amostra deste estudo era constituída por 165 estudantes do sexo masculino, com idades entre 11 e 19 anos, com uma média de idades de 14,79 anos ($DP = 1,93$). A maioria estava matriculada no 8º ano do Ensino Fundamental (18,79%) e autodeclarou-se de cor de pele parda (47,27%). No Quadro 2 estão apresentadas as frequências de nomeação das questões utilizadas para identificar 39 agressores no estudo. É importante ressaltar que uma nota de corte foi estabelecida para essa identificação, sendo igual ou superior a dez. Em outras palavras, os alunos eram considerados agressores se a soma dos pontos atribuídos às nomeações em ambas as questões atingisse ou ultrapassasse o valor de 10. Assim, a pontuação total dos agressores variou entre 10 e 30, com uma média de 16,10 pontos. Essa abordagem de estabelecer uma pontuação de corte ajuda a distinguir os alunos que eram considerados agressores com base na avaliação dos pares.

Quadro 2. Pontuação dos agressores nas questões relacionadas a prática de *bullying*.

Participante	Colegas que MAIS incomodam com piadas (N)	Colegas que MAIS provocam ou ameaçam (N)	Total (N)
P1.61M	15	7	22
P2.61M	14	4	18
P3.61M	12	14	26
P4.62M	16	10	26
P5.62M	12	8	20
P6.62M	7	5	12
P7.71M	8	5	13
P8.71M	10	3	13
P9.72M	7	4	11
P10.81M	6	8	14
P11.81M	6	4	10
P12.81M	8	6	14
P13.82M	2	10	12
P14.82M	15	15	30
P15.82M	14	10	24
P16.83M	9	7	16
P17.91M	10	5	15
P18.91M	3	7	10
P19.91M	5	5	10
P20.92M	5	9	14
P21.92M	12	4	16
P22.93M	17	8	25
P23.93M	13	1	14
P24.93M	10	0	10
P25.11M	7	6	13
P26.11M	10	7	17
P27.11M	6	7	13

Participante	Colegas que MAIS incomodam com piadas (N)	Colegas que MAIS provocam ou ameaçam (N)	Total (N)
P28.12M	5	6	11
P29.13M	7	3	10
P30.13M	7	4	11
P31.13M	9	2	11
P32.21M	9	1	10
P33.21M	6	7	13
P34.21M	5	6	11
P35.22M	10	13	23
P36.22M	10	14	24
P37.31M	12	10	22
P38.31M	11	10	21
P39.31M	12	11	23

Nota. N = número de indicações recebidas.

Após a identificação dos agressores, o estudo prosseguiu com a análise da sociometria de cada classe. O objetivo era verificar se os alunos identificados como agressores estavam entre os três mais mencionados em cada uma das oito categorias sociométricas, que foram classificadas em duas dimensões: positivas (aceitação, atração, fala menos e faz menos confusão) e negativas (rejeição, menos atração, fala mais e faz mais confusão). Os dados relativos a esse processo podem ser observados no Quadro 3.

Quadro 3. Pontuação dos agressores nas categorias de sociometria.

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	Total (N)
P1.61M					X	X	X	X	4
P2.61M							X	X	2
P3.61M					X	X	X	X	4
P4.62M	X	X			X	X	X	X	6
P5.62M	X	X			X	X	X	X	6
P6.62M									0
P7.71M	X				X		X	X	4
P8.71M	X	X			X	X		X	5
P9.72M	X	X			X		X	X	5
P10.81M	X				X		X	X	4
P11.81M					X	X		X	3
P12.81M	X	X					X	X	4
P13.82M					X	X		X	3
P14.82M					X		X	X	3
P15.82M						X	X	X	3
P16.83M					X	X		X	3
P17.91M					X		X	X	3
P18.91M		X							1
P19.91M					X	X	X	X	4
P20.92M	X		X	X	X				4
P21.92M					X	X	X	X	4
P22.93M		X			X		X		3
P23.93M						X	X	X	3
P24.93M					X			X	2
P25.11M		X					X	X	3

Participante	1	2	3	4	5	6	7	8	Total (N)
P26.11M		X					X	X	3
P27.11M		X			X		X	X	4
P28.12M	X	X			X		X	X	5
P29.13M	X				X		X	X	4
P30.13M	X	X			X		X	X	5
P31.13M					X		X		2
P32.21M					X	X	X		3
P33.21M						X	X	X	3
P34.21M				X			X	X	3
P35.22M		X		X	X	X	X	X	5
P36.22M				X			X	X	3
P37.31M	X	X					X	X	4
P38.31M	X	X				X	X	X	5
P39.31M	X	X			X	X	X	X	6

Nota. 1 = aceitação; 2 = atração; 3 = fala menos; 4 = faz menos confusão; 5 = rejeição; 6 = menos atração; 7 = fala mais; 8 = faz mais confusão.

Observa-se que para a análise sociométrica foi calculada uma pontuação para cada participante, somando as menções em todas as oito categorias. Com base nas respostas dos colegas em relação a essas categorias, os participantes identificados como agressores receberam uma pontuação que variava de 0 a 6, com uma média de 3,62 pontos ($DP = 1,29$). Interessantemente, os agressores foram mais frequentemente mencionados na categoria “faz mais confusão” ($n = 33$), o que sugere que eles eram percebidos como perturbadores ou desordeiros pelos colegas. Por outro lado, foram menos mencionados nas categorias “fala menos” ($n = 1$) e “faz menos confusão” ($n = 1$). Além disso, é importante observar que 22,7% das nomeações dos participantes se enquadraram em categorias classificadas como positivas, indicando que um número significativo de colegas considerava os agressores como aceitáveis ou atraentes. No entanto, a grande maioria das nomeações, cerca de 77,30%, estava nas categorias classificadas como negativas, o que sugere que os comportamentos associados à rejeição e à desordem foram predominantes nas percepções dos colegas em relação aos agressores.

DISCUSSÃO

Nos dois estudos relatados foram investigados aspectos cruciais relacionados ao *bullying* e suas complexidades relacionadas às interações sociais dos estudantes. Foi revelada a pluralidade de variáveis que influenciam a relação entre o *status* sociométrico e a prática de *bullying*, destacando a influência significativa do gênero. Além disso, os resultados ressaltaram que, apesar de agressores e vítimas enfrentarem níveis semelhantes de rejeição, as percepções variavam, com as vítimas sendo vistas como mais vulneráveis e os agressores como mais fortes. A complexidade das dinâmicas de popularidade e as contradições associadas a ela também foram destacadas, demonstrando a interconexão entre *status* sociométrico, rejeição e

popularidade no contexto do *bullying*. Os achados também sugerem que os agressores eram percebidos como perturbadores pelos colegas, com prevalência de comportamentos associados à rejeição e à desordem.

Os meninos tendem a praticar *bullying* cerca de duas vezes mais do que as meninas (Akanni et al., 2020), e a forma como o fazem difere. Eles tendem a ser mais diretos, usando agressões físicas ou verbais, enquanto elas preferem métodos indiretos ou relacionais (Oliveira et al., 2016; Silva-Rocha et al., 2019). Um estudo realizado por Ramírez (2008) demonstrou que essas diferenças nas formas de manifestação das agressões podem ser atribuídas a padrões socioculturais que estabelecem expectativas sobre os papéis sociais de homens e mulheres. Nesse sentido, os dados apresentados indicam uma forte influência da masculinidade nas dinâmicas de *bullying* e nas interações sociais entre os pares na escola. A maior prevalência de meninos como agressores de *bullying* sugere que as normas sociais associadas à masculinidade, que podem valorizar comportamentos agressivos entre os meninos, podem desempenhar um papel significativo (Ingram et al., 2019). Além disso, o fato de que os agressores frequentemente têm um *status* sociométrico mais elevado em atividades esportivas, onde a masculinidade muitas vezes é enfatizada, e menor popularidade em ambientes acadêmicos sugere que as expectativas de comportamento para meninos variam de acordo com os contextos.

No que se refere às categorias do *status* sociométrico, em conformidade com a literatura sobre o tema, os agressores foram categorizados como: controversos, preferidos, rejeitados ou médios (Engels et al., 2017). Os agressores considerados controversos ($n = 15$) foram aqueles nomeados em categorias positivas e negativas simultaneamente; os preferidos ($n = 5$) obtiveram pontuações elevadas nas categorias positivas; por outro lado, os rejeitados ($n = 18$) tiveram pontuações mais elevadas nas categorias negativas; finalmente, apenas 1 agressor foi classificado como mediano, ou seja, obteve baixas pontuações em todas as categorias. Confirmou-se que os colegas costumam rejeitar os agressores nas dinâmicas de *bullying* (Prinstein & Cillessen, 2003).

Estudos sobre o tema sugerem que os pares não têm afeição pelos envolvidos nas dinâmicas de *bullying* escolar, especialmente no caso dos agressores (Veenstra et al., 2005). Nesse sentido, observou-se que os meninos agressores tendem a ser mais rejeitados pelos seus colegas de turma em comparação com as meninas. Pressupõe-se, ainda, que os níveis mais elevados de rejeição relatados em relação aos meninos agressores possam estar relacionados às diferenças de gênero na manifestação das agressões e/ou aos padrões socioculturais mencionados anteriormente, como sugerido pelo estudo de Cillessen e Mayeux (2004). Contudo, apesar da alta prevalência de rejeição relatada, é importante destacar que os agressores classificados como controversos ou preferidos também receberam pontuações nas categorias positivas. Nesse sentido, uma investigação conduzida por Goossens et al. (2006) também encontrou perpetradores considerados controversos. A partir disso, postula-se que eles são rejeitados por suas vítimas, mas são aceitos ou admirados pelos colegas que não são alvo de seus comportamentos agressivos, levando à hipótese de que eles buscam a aprovação de seus grupos de referência.

Outra inferência possível a partir dos resultados diz respeito ao nível de popularidade dos agressores. Constatou-se que os agressores deste estudo tendem a ser populares, mas, ao mesmo tempo, eram rejeitados por seus colegas de turma. Esses achados também foram corroborados por outras pesquisas (Malamut et al., 2020). No entanto, é essencial salientar que também foram identificados agressores com baixos níveis de popularidade que não são rejeitados pelos colegas de turma. Considerando essa diversidade de resultados e a necessidade de evitar generalizações, surge a discussão sobre a importância de considerar as particularidades e a forma como cada turma percebe o *bullying* escolar, uma vez que o estatuto social tende a variar dependendo das dinâmicas de cada sala de aula em relação à violência (Sentse et al., 2007). Além disso, uma revisão sistemática da literatura conduzida por Cañas et al. (2022) revelou divergências nos resultados relacionados à posição social dos perpetradores de *bullying*, com alguns grupos apresentando um *status* positivo e outros um *status* negativo. Essa discordância pode refletir uma variedade de questões, como o tipo de agressão utilizada pelo perpetrador ou o contexto cultural do grupo, que pode condenar ou normalizar o comportamento agressivo (Cañas et al., 2022).

Implicações para a Psicologia da Saúde

Os resultados desses estudos têm implicações teóricas e práticas significativas para o campo da Psicologia da Saúde. Nesse sentido, destaca-se que o envolvimento com o *bullying* já foi consistentemente associado a problemas de saúde mental em adolescentes de 45 países (Kim et al., 2022). Coerente com o rompimento de ideias que inserem a Psicologia da Saúde na atuação em processos psicológicos relacionados à saúde e à doença, os dados revelam como é importante compreender a complexidade das relações entre *status* sociométrico e *bullying* para que sejam propostas intervenções mais eficazes. A intenção principal desta abordagem é, justamente, o reconhecimento do impacto de uma ampla gama de determinantes que concorrem para o bem-estar e a qualidade de vida dos estudantes. Profissionais da área podem desenvolver abordagens para reduzir comportamentos agressivos e promover um clima de maior pertencimento, considerando as influências de gênero, a complexidade das dinâmicas sociais e a necessidade de estratégias personalizadas e holísticas, com o objetivo de criar ambientes escolares mais saudáveis e seguros.

Esse artigo relatou dois estudos que objetivaram: 1) integrar evidências sobre como o *status* sociométrico se relacionava à prática/perpetração do *bullying* escolar por meninos e 2) identificar as posições sociométricas de um grupo de meninos identificados como agressores em salas de aula. Ambos os estudos forneceram *insights* importantes sobre as dinâmicas do *bullying* entre meninos, sua relação com o *status* sociométrico e as complexas interações sociais que ocorrem entre os estudantes. Os achados destacam a necessidade de abordagens multidimensionais para compreender o fenômeno e promover ambientes escolares mais inclusivos e seguros. Concepções tradicionais de masculinidade podem estar ligadas ao

comportamento de *bullying* e às dinâmicas sociais nas escolas, aspecto a ser considerado como fator influente ao abordar a questão. Entre os pontos fortes do estudo está a recolha de dados com uma amostra diversificada, uma análise aprofundada das complexas relações entre fatores e a particularização da experiência dos meninos.

No entanto, os achados revelados devem ser interpretados considerando algumas limitações. Primeiramente, a generalização dos resultados é limitada ao grupo estudado ou mesmo aos textos que compuseram a revisão de literatura. No segundo estudo, a identificação de agressores com base em uma pontuação de corte estabelecida a partir das nomeações dos pares pode apresentar limitações, uma vez que as percepções dos colegas podem variar e não refletir com precisão o comportamento dos estudantes – embora essa seja reconhecida pela literatura como a melhor estratégia metodológica para avaliar comportamentos de *bullying*. Assim, reconhece-se a necessidade de pesquisas adicionais para obter uma compreensão mais abrangente das complexas interações sociais relacionadas ao *bullying* e do papel do *status* sociométrico entre pares.

FINANCIAMENTO

Processos nº 2022/09833-4 e nº 2023/11828-1, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). CNPq Bolsa Produtividade em Pesquisa do autor WAO (Processo nº 310066/2020-4).

REFERÊNCIAS

- Acquah, E., Palonen, T., Laine, K., & Lehtinen, E. (2014). Social status profiles among first grade children. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 58(1), 73-92. <http://dx.doi.org/10.1080/00313831.2012.705320>
- Akanni, O. O., Olashore, A. A., Osasona, S. O., & Uwadiae E. (2020). Predictors of bullying reported by perpetrators in a sample of senior school students in Benin City, Nigeria. *South African Journal of Psychiatry*, 26(1), 1-8. <https://doi.org/10.4102/sajpsy.2019.1359>
- Bosa, M. R., Bohórquez, M. C. C., Olarte, C. F. P., & Malaver, J. K. S. (2018). Diferencias por sexo en la intimidación escolar y la resiliencia en adolescentes. *Psicología Escolar e Educativa*, 22(3), 519-526. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018039914>
- Bruyn, E. H. de, Cillessen, A. H. N., & Wissink, I. B. (2009). Associations of peer acceptance and perceived popularity with bullying and victimization in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 30(4), 543-566. <https://doi.org/10.1177/0272431609340517>

- Cañas, E., Estevez, E., & Estevez, J. (2022). Sociometric status in bullying perpetrators: a systematic review. *Frontiers in Communication*, 7, 841424. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2022.841424>
- Cerezo, F., & Ato, M. (2010). Social status, gender, classroom climate and bullying among adolescents pupils. *Anales de Psicología*, 26(1), 137-144. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/92131>
- Cillessen, A., & Mayeux, L. (2004). From censure to reinforcement: Developmental changes in the association between aggression and social status. *Child Development*, 75(1), 147-163. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00660.x>
- Engels, M. C., Colpin, H., Leeuwen, K. V., Bijttebier, P., Noortgate, W. V. D., Claes, S., Goossens, L., & Verschueren, K. (2017). School engagement trajectories in adolescence: The role of peer likeability and popularity. *Journal of School Psychology*, 64, 61-75. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2017.04.006>
- Estévez, E., Inglés, C. J., Emler, N. P., Martínez-Montegudo, M. C., & Torregrosa, M. S. (2012). Analysis of the relationship between victimization & school violence: the role of antisocial reputation. *Psychosoc. Interv.*, 21, 53-65. <https://doi.org/10.5093/in2012v21n1a3>
- Eyuboglu, M., Eyuboglu, D., Pala, S. C., Oktar, D., Demirtas, Z., Arslantas, D., & Unsal, A. (2021). Traditional school bullying and cyberbullying: Prevalence, the effect on mental health problems and self-harm behavior. *Psychiatry research*, 297, 113730. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113730>
- Farmer, T. W., Lines, M. M., & Hamm, J. V. (2011). Revealing the invisible hand: the role of teachers in children's peer experiences. *Appl. Dev. Psychol.*, 32, 247-256. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.04.006>
- Garcés-Prettel, M., Santoya-Montes, Y., & Jiménez-Osorio, J. (2020). Influencia de la comunicación familiar y pedagógica en la violencia escolar. *Comunicar*, 28(63), 77-86. <https://doi.org/10.3916/C63-2020-07>
- Goossens, F. A., Olthof, T., & Dekker, P. H. (2006). New participant role scales: comparison between various criteria for assigning roles and indications for their validity. *Aggressive Behavior*, 32, 343-357. <https://doi.org/10.1002/ab.20133>
- Greco, C. (2019). Relaciones entre pares: aceptación, rechazo, victimización, agresión. Su importancia para el diseño de intervenciones en salud mental en educación primaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 575-586. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1037>
- Hultin, H., Ferrer-Wreder, L., Engström, K., Andersson, F., & Galanti, M. R. (2021). The Importance of Pedagogical and Social School Climate to Bullying: A Cross-Sectional Multilevel Study of 94 Swedish Schools. *J Sch Health*, 91(2), 111-124. <https://doi.org/10.1111/josh.12980>

- Ingram, K. M., Davis, J. P., Espelage, D. L., Hatchel, T., Merrin, G. J., Valido, A., & Torgal, C. (2019). Longitudinal associations between features of toxic masculinity and bystander willingness to intervene in bullying among middle school boys. *Journal of school psychology, 77*, 139-151. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2019.10.007>
- Kim, S. S., Craig, W. M., King, N., Bilz, L., Cosma, A., Molcho, M., Qirjako, G., Gaspar De Matos, M., Augustine, L., Šmigelskas, K., & Pickett, W. (2022). Bullying, mental health, and the moderating role of supportive adults: a cross-national analysis of adolescents in 45 countries. *International journal of public health, 67*, 1604264. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604264>
- Kutcher, A. M., & LeBaron, V. T. (2022). A simple guide for completing an integrative review using an example article. *Journal of professional nursing, 40*, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2022.02.004>
- Lee, E. (2009). The relationship of aggression and bullying to social preference: differences in gender and types of aggression. *International Journal of Behavioral Development, 33*(4), 323-330. <https://doi.org/10.1177/0165025408098028>
- Levandoski, G. (2009). *Análise de fatores associados ao comportamento bullying no ambiente escolar: características cineantropométricas e psicossociais*. (Mestrado). Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.
- Maia, F. A., Soares, A. B., & Monteiro, M. C. (2020). Status sociométrico em adolescentes na transição para o segundo ciclo do ensino fundamental. *Gerais. Revista Interinstitucional de Psicologia, 13*(2), 1-17. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais202013e14808>
- Malamut, S. T., van den Berg, Y. H., Lansu, T. A., & Cillessen, A. H. (2020). Dyadic nominations of bullying: comparing types of bullies and their victims. *Aggressive Behavior, 46*, 232-243. <https://doi.org/10.1002/ab.21884>
- Malta, D. C., Oliveira, W. A., Prates, E. J. S., Mello, F. C. M., Moutinho, C. D. S., & Silva, M. A. I. (2022). Bullying among Brazilian adolescents: evidence from the National Survey of School Health, Brazil, 2015 and 2019. *Revista latino-americana de enfermagem, 30*(spe), e3679. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6278.3679>
- Molina, B. L., Valero, R. P., & Canales, I. S. (2011). Violencia entre iguales en educación primaria: el papel de los compañeros y su relación con el estatus sociométrico. *Psicothema, 23*(2), 245-255. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9030>
- Oliveira, W. A., Silva, M. A. I., Silva, J. L., Mello, F. C. M., Prado, R. R., & Malta, D. C. (2016). Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *Jornal de Pediatria, 92*(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.04.003>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews, 5*(210). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

- Prinstein, M. J., & Cillessen, A. H. N. (2003). Forms and functions of adolescent peer aggression associated with high levels of peer status. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*, 310-342. <https://doi.org/10.1353/mpq.2003.0015>
- Ramírez, F. C. (2008). Agresores y víctimas del bullying. Desigualdades de género en la violencia entre escolares. *Informació Psicológica*, *94*, 49-59. <https://doi.org/10.1590/CC220197>
- Rana, M., Gupta, M., Malhi, P., Grover, S., & Kaur, M. (2020). Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-going adolescents in Chandigarh, North India. *Indian journal of psychiatry*, *62*(5), 531-539. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_444_19
- Reisen, A., Viana, M. C., & Santos-Neto, E. T. dos. (2019). Bullying among adolescents: Are the victims also perpetrator? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *41*(6), 518-529. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0246>
- Sentse, M., Scholte, R., Salmivalli, C., & Voeten, M. (2007). Person–group dissimilarity in involvement in bullying and its relation with social status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *35*, 1009-1019. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9150-3>
- Silva, M. A., Gonzalez, J. C., Person, G. L., & Martins, S. S. (2020). Bidirectional association between bullying perpetration and internalizing problems among youth. *The Journal of adolescent health*, *66*(3), 315-322. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.09.022>
- Silva-Rocha, N., Soares, S., Brochado, S., & Fraga, S. (2019). Bullying involvement, family background, school life, and well-being feelings among adolescents. *Journal of Public Health*, *28*, 481-489. <https://doi.org/10.1007/s10389-019-01076-2>
- Souza, C., & Silva, D. N. H. (2019). Adolescência em Debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, *23*, e2303. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v23.e35751>
- Stotsky, M. T., & Bowker, J. C. (2018). An examination of reciprocal associations between social preference, popularity, and friendship during early adolescence. *Journal of youth and adolescence*, *47*(9), 1830–1841. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0846-1>
- Thornberg, R. (2011). 'She's weird!' - The social construction of bullying in school: A review of qualitative research. *Children & Society*, *25*(4), 258-267. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00374.x>
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Munniksma, A., & Dijkstra, J. K. (2010). The complex relation between bullying, victimization, acceptance, and rejection: giving special attention to status, affection, and sex differences. *Child Development*, *81*(2), 480- 486. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01411.x>
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A., Winter, A., Verhulst, F., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies, victims,

bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology*, 41, 672-668.
<https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.672>

Zequinão, M. A., Medeiros, P., Silva, J. L., Pereira, B. O., & Cardoso, F. L. (2020). Sociometric status of participants involved in school bullying. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 30, e3011.
<https://doi.org/10.1590/1982-4327e3011>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

PERCEÇÃO DOS PROFESSORES SOBRE O CONTEXTO DE TRABALHO DE UMA ESCOLA MUNICIPAL

Maria Schmidt¹ (mlschmidt@uol.com.br), Monica Steff¹, Rafaela Pankowski¹, Liliane Rotoli¹, Gabriel Cruz¹, & Ana Bononi¹

¹Faculdade de Ciências e Letras - Unesp, Campus de Assis/SP, Brasil

A educação pública no Brasil foi profundamente afetada pelas mudanças políticas dos anos 1990, o que resultou na precarização das infraestruturas físicas dos ambientes escolares, insuficiência de recursos tecnológicos, alto índice de alunos por sala de aula e desvalorização social e financeira da categoria (Guerreiro et al., 2016). Somado as características de ambientes problemáticos que exigem um grande esforço, tanto físico quanto mental, aspectos que afetam negativamente a qualidade de vida e saúde dos professores conforme revelam os estudos de Penna (2017), Martins et al. (2019) e Schmidt et al. (2021). Em vista disto, os “professores formam uma categoria profissional exposta a grandes riscos psicossociais, sendo que as condições de trabalho docente têm sido associadas a perdas na saúde e na qualidade de vida” (Pereira et al., 2009, p. 100).

Lyra et al. (2013) identificaram a emergência de sofrimento psíquico no trabalho de professores decorrente de implicações na detecção de problemas de comportamento em alunos. De acordo com Maciel et al. (2012), estes profissionais estão mais propensos ao sofrimento psíquico, sobretudo nas situações em que são vítimas de violência no ambiente escolar e que tiveram algum tipo de conflito socioprofissional com alunos e pais de alunos.

Lima et al. (2017) constataram a associação entre a agressão física e a agressão verbal contra o professor, a agressão ou ameaça com arma de fogo ou arma branca, o tráfico e o consumo de drogas na escola estão à presença de TMC. Na pesquisa de Gasparini et al. (2006) as perturbações mentais em professores “foram significativamente associados à experiência com a violência e piores condições ambientais, ambiente físico e conforto no trabalho, e organizacionais, margem de autonomia, de criatividade e tempo no preparo das aulas” (p. 2679).

Vale acrescentar que “houve um crescimento da precarização do trabalho docente, em razão do contexto pandêmico e que, tendo em vista essas novas dificuldades, é provável que o professor tenha ainda mais obstáculos a enfrentar após o fim da pandemia” (Matos & Faria, 2020, p. 299).

Mediante essas considerações, o objetivo desse trabalho consistiu em realizar o diagnóstico do Contexto de Trabalho de uma escola municipal mediante a percepção dos professores. Trata-se de uma atividade de estágio profissionalizante, com o intuito exclusivamente de ensino,

desenvolvido por alunos de graduação em Psicologia sob supervisão, sendo o procedimento ético deste diagnóstico realizado com base no parágrafo único, artigo VIII da Resolução nº 510 (2016) sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais do Conselho Nacional de Saúde.

MÉTODO

O diagnóstico foi realizado na escola municipal de ensino Fundamental I, localizada num município do interior do estado de São Paulo, que atende aproximadamente 270 crianças na faixa etária de 6 a 10 anos de idade. Os dados foram coletados nos dias 18 de maio e 30 de maio de 2023, na durante a reunião de Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo (HTPC). Os participantes foram 21 professores do total de 30 do quadro funcional.

A recolha de dados foi realizada por meio da aplicação da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), validada por Ferreira e Mendes (2008). Esta escala possibilita a análise de três dimensões do contexto de trabalho: Organização do Trabalho, Condições de Trabalho e Relações Socioprofissionais. Este instrumento é composto por 31 questões, sendo 11 referentes à dimensão Organização do Trabalho, 10 da dimensão Condições de Trabalho e 10 da dimensão Relações Socioprofissionais. As opções das respostas das questões possuem estrutura da escala Likert com a distribuição: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre. Neste instrumento, o tratamento dos dados é realizado mediante estatística descritiva (frequências, média e desvio padrão).

A análise estatística das dimensões fornece critérios de avaliação que estão dispostos da seguinte maneira: valores médios superiores a 3,7 denotam que o contexto de trabalho propicia, de maneira substancial, o potencial de enfermidades entre os profissionais. Enquanto isso, valores situados na faixa de 2,3 a 3,69 são considerados como moderados e críticos. Essa amplitude sugere que o ambiente laboral, em grau moderado, promove a suscetibilidade dos profissionais a enfermidades. Por fim, valores inferiores a 2,29 são considerados favoráveis, representando uma condição positiva e satisfatória. Essa faixa é interpretada como um indício de que o contexto de trabalho contribui para a saúde e bem-estar dos profissionais.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos indicaram que a maior parte das participantes (57,14%) tem idade entre 31 e 40 anos, uma parcela significativa (85,71%) possuem graduação em pedagogia e ainda 52,38% possuem pós-graduação.

No que diz respeito ao estado civil, a percentagem de solteiras e casadas são iguais, 38,09%, e divorciada e outro 19,04% e 4,76% respectivamente. Sobre a etnia dos participantes, prevalece predominantemente a declaração branca com 71,42% seguido de parda 23,80% e preto 4,76%. No tocante à trajetória laboral, foi observada uma variação de menos de 1 ano até aproximadamente 15 anos de atuação no atual estabelecimento, sendo que 61,90% dos respondentes apresentam uma concentração temporal na faixa de 5 a 10 anos. Em uma abordagem mais detalhada quanto à experiência profissional, 38,10% dos participantes acumulam um histórico de 5 a 10 anos de dedicação à função, seguido de 28,57% de 10 a 15 anos. Tem-se 14,29% dos respondentes com mais de 20 anos de experiência.

Os resultados decorrentes da EACT foram calculados nos softwares Excel e RStudio, e são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. *Resultados das dimensões da EACT*

Dimensões da EACT	Média	Desvio padrão	Alfa de Cronbach	Situação
Organização do Trabalho	3,43	0,68	0,87	Crítica
Condições de Trabalho	2,71	0,61	0,78	Crítica
Relações Socioprofissionais	2,44	0,80	0,90	Crítica

O procedimento inicial para a análise da EACT compreende o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, visando assegurar a confiabilidade dos dados e apontar a consistência das respostas dos participantes. Valores de alfa superiores a 0,7 indicam uma coesão interna entre as questões e as dimensões avaliadas, conferindo robustez ao instrumento em relação ao propósito da investigação. No Quadro 1 estão apresentados os cálculos dos coeficientes de alfa para as dimensões que compõem a escala EACT, e os valores satisfazem o critério de robustez para o objetivo da análise.

A obtenção das médias das dimensões da EACT seguiu as diretrizes delineadas por Ferreira e Mendes (2008). A avaliação das médias calculadas sugere que as dimensões Organização do Trabalho, Condições de Trabalho e Relações Socioprofissionais ocupam uma zona crítica no ponto de vista dos respondentes, indicando que o contexto de trabalho favorece moderadamente o adoecimento do profissional. A dispersão dos dados, apresentada pela medida desvio padrão, evidencia alta variabilidade para a dimensão Relações Socioprofissionais. A seguir, cada dimensão será discutida em detalhes de maneira individualizada.

Organização do trabalho

A dimensão Organização do Trabalho se concentra na avaliação da organização e estrutura das tarefas e responsabilidades no ambiente de trabalho, bem como, inclui questões relacionadas à clareza das funções, carga de trabalho, distribuição de tarefas e eficiência dos processos de trabalho. A média da dimensão Organização do Trabalho atingiu o maior valor em comparação

com as demais dimensões. Para compreender o que ocasionou tal resultado, optou-se por calcular a média e desvio padrão para cada questão que compõe a dimensão Organização do Trabalho (Quadro 2).

Quadro 2. *Estatística descritiva dos itens da dimensão Organização do Trabalho*

Variáveis	Média	Desvio padrão
O ritmo de trabalho é acelerado	4,04	0,80
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	3,66	0,96
Existe forte cobrança por resultados	4,00	0,89
As normas para execução das tarefas são rígidas	3,38	0,74
Existe fiscalização do desempenho	3,66	0,91
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,47	1,28
Os resultados esperados estão fora da realidade	3,42	1,24
Falta tempo para realizar pausa de descanso no trabalho	3,33	1,31
As tarefas são repetitivas	3,14	0,91
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,71	0,56
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,90	1,51

Os dados da média no Quadro 2 indicam a concentração das respostas na escala Likert no percentil superior, o que representa alto reconhecimento dos professores com as situações mencionadas. Na percepção dos participantes o ritmo acelerado de trabalho e a forte cobrança por resultados foi identificada como recorrente, pois as médias foram 4,04 e 4,00 respectivamente, com pouca variabilidade dos dados em torno da média.

A análise da dimensão Organização do Trabalho evidencia que os respondentes enfrentam desafios relacionados ao ritmo de trabalho, pressão por resultados, tarefas repetitivas e a percepção de que os resultados esperados são muitas vezes inalcançáveis, mas sentem uma flexibilidade maior em relação às normas e fiscalização do desempenho. Esses aspectos caracterizam a intensificação e a sobrecarga do trabalho produzindo condições que frequentemente levam ao adoecimento conforme descrito por Viegas (2022) e Silva et al. (2023).

Condições de trabalho

As condições físicas e ambientais em que o trabalho é realizado é analisado pela dimensão Condições de Trabalho. As questões referem-se ao ambiente físico, segurança no local de trabalho, recursos disponíveis e outros fatores que afetam o conforto e a segurança dos funcionários. De posse das respostas dos 21 professores foi possível constatar evidencia de risco de adoecimento. A Quadro 3 apresenta as questões que compõe a dimensão com suas respectivas médias e desvio padrão.

Quadro 3. *Estatística descritiva dos itens da dimensão Condições de Trabalho*

Variáveis	Média	Desvio padrão
As condições de trabalho são precárias	2,66	1,19
O ambiente físico é desconfortável	1,95	1,07
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	4,38	0,92
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	2,19	1,03
Os instrumentos de trabalhos são insuficientes para realizar as tarefas	3,33	0,85
O posto/estação de trabalho é inadequado para realizar as tarefas	2,14	0,79
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	2,47	1,12
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,38	1,22
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,19	1,28
O material de consumo é insuficiente	3,52	0,98

No Quadro 3 é possível notar que o maior valor médio (4,38) refere-se ao item “Existe barulho no ambiente de trabalho”, o que demonstra insatisfação dos respondentes quanto a este aspecto. A insuficiência dos instrumentos de trabalho e o material de consumo para realização das tarefas foi indicada pelos professores por ocorrer com frequência, as médias foram 3,33 e 3,52 respectivamente.

A análise da dimensão Condições do Trabalho pode-se considerar com base nos dados, que os respondentes estão insatisfeitos com o barulho no ambiente de trabalho, que é uma preocupação frequente. No entanto, em geral, as condições de trabalho físicas, como infraestrutura e mobiliário, são consideradas adequadas. A disponibilidade de instrumentos de trabalho e materiais de consumo é vista como um problema ocasional. Vale destacar que

“a desvalorização política da docência se expressa nas condições de trabalho e formação dos professores. Na atualidade, nos debates sobre a qualidade da escola pública, os professores são vistos como peças-chave e, nesse sentido, destaca-se a necessidade de se garantir efetivas condições de realização do ensino nas escolas.” (Penna, 2017, p. 210)

Relações socioprofissionais

Esta dimensão refere-se à qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Pode incluir a avaliação da comunicação entre colegas de trabalho, supervisores e gerentes, bem como a cultura organizacional e o apoio social. As respostas dos professores geraram uma média de 2,44 classificado como situação crítica. A Quadro 4 apresenta as médias e desvios padrão das questões da dimensão Relações Socioprofissionais.

No Quadro 4 é possível identificar que as médias das respostas permaneceram próximas da média da escala de Likert (2,5). O item que apresentou maior valor foi “A comunicação entre servidores é insatisfatória” com 2,80, sendo um resultado que denota atenção uma vez que “a falta de comunicação são situações relevantes que contribuem para o estresse ocupacional nestes professores” (Nascimento & Domingues Junior, 2022, p. 1).

Quadro 4. *Estatística descritiva dos itens da dimensão Relações Socioprofissionais*

Variáveis	Média	Desvio padrão
As tarefas não estão claramente definidas	2,33	0,91
A autonomia é inexistente	2,57	1,16
A distribuição das tarefas é injusta	2,57	0,97
Os servidores da área são excluídos das decisões	2,71	1,61
Existem dificuldades na comunicação chefia-subordinado	2,19	1,36
Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,42	0,87
Falta integração no ambiente de trabalho	2,57	0,87
A comunicação entre servidores é insatisfatória	2,80	1,12
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,14	0,72
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,04	1,20

Em contrapartida, o menor valor (2,04) correspondeu ao item “Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional”, o que demonstra um sinal positivo em relação à gestão e ao apoio à equipe.

A análise dos itens individualmente possibilitou a identificação de pontos de atenção que levaram o score da dimensão Relações Socioprofissionais a ser considerado crítico. Isso indica que, apesar de algumas áreas parecerem bem, há desafios significativos nas relações interpessoais e na integração no ambiente de trabalho que precisam ser melhor analisadas.

DISCUSSÃO

Conforme exposto por Schmidt et al. (2021), nesse diagnóstico, a EACT também “mostrou-se útil, por possibilitar a realização de uma avaliação do contexto de trabalho mediante a percepção dos próprios trabalhadores” (p. 58). Ressaltamos que os resultados das médias brutas das três dimensões apresentaram indicadores críticos e sinalizam a necessidade de criação de estratégias em prol de melhorias do espaço laboral (Schmidt, 2020). São resultados que revelam estado de preocupação e merecem medidas de intervenção nesse ambiente a fim de minimizar riscos à saúde dos professores (Marinho et al., 2021).

Estudos com professores do ensino fundamental tem apontado que entre as razões de adoecimento e do sofrimento estão as condições de trabalho (Oliveira, 2015; Queiroz & Marinho, 2020). Silva et al. (2023) descrevem que aspectos referentes à dimensão organização como a intensificação do trabalho podem causar sobrecarga e adoecimento destes trabalhadores.

Luz e Kaefer (2022) identificaram, mediante pesquisa de revisão, “vários fatores relacionados às condições e à organização do trabalho, geradores de agravos à saúde destes profissionais” (p. 19). Dentre os aspectos mais identificados estão: a sobrecarga de trabalho; os problemas na gestão; à desvalorização do trabalho do professor; à infraestrutura precária; ao aumento do

número de turmas; aos trabalhos extras com a finalidade de aumentar a renda, etc. Segundo os autores, “a sobrecarga de trabalho e o aumento do desgaste profissional podem prejudicar a qualidade de vida e desencadear um processo de sofrimento mental” (p. 19).

De acordo com Schmidt (2020), faz-se necessário diagnosticar para intervir. No entanto, concordamos com Luz & Kaefer (2022) que

“às possibilidades de intervenção na área da saúde mental, bem como à melhoria das condições de trabalho docente, cabe ao psicólogo um papel de promotor da saúde. Diante disso, deve-se propor e estabelecer práticas psicológicas nos espaços escolares, focalizando professores que enfrentam condições de trabalho difíceis e adoecedoras, agindo, se possível, sobre os determinantes ambientais visando a redução de riscos e seus impactos.” (p. 32)

Os resultados desse diagnóstico foram apresentados no formato de relatório e entregue numa reunião de devolutiva aos participantes com apontamentos de possibilidade de propostas interventivas como forma de reduzir os fatores de risco à saúde mental dos professores.

No que se refere aos resultados da dimensão Organização do Trabalho, sugerimos o estabelecimento de metas realistas para o contexto de trabalho, levando em consideração os recursos disponíveis. Isso inclui a gestão eficaz do tempo e da carga horária, equilibrando as atividades e promovendo intervalos adequados para descanso. Com base nos resultados da dimensão Condições de Trabalho propusemos à escola a melhoria da acústica no ambiente de trabalho e a manutenção dos instrumentos para a execução do trabalho. No que tange as propostas interventivas para os resultados dos enunciados da dimensão Relações Socioprofissionais sugerimos a realização de um encontro com representantes da gestão da Secretaria Municipal de Educação para apresentação da situação do contexto de trabalho estudado visando tomada de decisões para fortalecimento do trabalho em equipe e melhoria no fluxo da comunicação.

Como limitações dessa prática, vale apontar o tamanho da população estudada e o fato de o diagnóstico ter sido realizado numa única escola do município. Desse modo, recomendamos a realização de investigações, em estudos que abordem estas questões em outras escolas municipais.

REFERÊNCIAS

- Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. B. (2008). Contexto de trabalho. In M. M. M. Siqueira (Org.), *Medidas do comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão* (pp. 111-123). Artmed.
- Gasparini, S. M., Barreto, S. M., & Assunção, A. A. (2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Cadernos de Saúde Pública, 22(12), 2679-2691. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200017>

- Guerreiro, N. P., Nunes, E. F. P. A., González, A. D., & Mesas, A. E. (2016). Perfil sociodemográfico, condições e cargas de trabalho de professores da rede estadual de ensino de um município da região sul do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(supl.1), 197-217. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00027>
- Lima, A. F. T., Coêlho, V. M. S., & Ceballos, A. G. C. (2017). Violência na escola e transtornos mentais comuns em professores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (18), 31-36. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0189>
- Luz, D. A. M., & Kaefer, C. O. (2022). A saúde mental dos professores da rede pública que atuam no ensino médio: Uma contribuição do fazer da psicologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(41), 19-37. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/71246>
- Lyra, G. F. D., Assis, S. G., Njaine, K., & Pires, T. O. (2013). Sofrimento psíquico e trabalho docente: Implicações na detecção de problemas de comportamento em alunos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(2), 724-744.
- Maciel, R. H., Nogueira, C. V., Maciel, E. C., & Aquino, R. (2012). Afastamentos por transtornos mentais entre professores da rede pública do estado do Ceará. *O Público e o Privado*, 10(19), 167-178.
- Marinho, P. R. R., Schmidt, M. L. G., & Vasconcelos, M. S. (2021). Trabalho e educação: Um estudo de caso com professores de escolas rurais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(3), 850-868. <https://doi.org/10.12957/epp.2021.62686>
- Martins, M. F. D., Araujo, T. M., & Vieira, J. S. (2019). Trabalho docente e saúde das professoras da educação infantil. *Educação*, 44, e36. <https://doi.org/10.5902/1984644428563>
- Matos, B. S., & Faria, C. S. D. (2020). Precarização do trabalho docente na rede pública de educação básica: Neoliberalismo e tempos de pandemia. *Revista do Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região*, 66(102), 299-314. <https://as1.trt3.jus.br/bd-trt3/handle/11103/70651>
- Nascimento, A. C., & Domingues Junior, P. L. (2022). Avaliação do estresse ocupacional em professores de ensino básico, técnico e tecnológico do campus Manaus Centro do Instituto Federal do Amazonas: estudo piloto. *Revista Valore*, 7(esp.), 1-16. <https://doi.org/10.22408/rev70202213751-16>
- Oliveira, M. F. (2015). *Trabalho e saúde do professor nas pesquisas em educação* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Goiás.
- Penna, M. G. O. (2017). Aspectos das condições de trabalho docente nas escolas municipais de Guarulhos. *Educação em Perspectiva*, 8(2), 198-214. <https://doi.org/10.22294/eduper/ppge/ufv.v8i2.870>

- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., Santos, A., Lopes, A. S., & Merino, E. A. D. (2009). Qualidade de vida e saúde dos professores de educação básica: Discussão do tema e revisão de investigações. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 17(2), 100-107. <https://doi.org/10.18511/rbcm.v17i2.1035>
- Queiroz, J. G. B. A., & Marinho, T. A. S. (2020). Profissão docente e saúde de professores da rede municipal de ensino da cidade de Manaus. *Temas em Educação e Saúde*, 16(2), 575-593. <https://doi.org/10.26673/tes.v16i2.13807>
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. (2016). O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n o 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n o 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n o 5.839, de 11 de julho de 2006. Conselho Nacional de Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Schmidt, M. L. G. (2020). Fatores de riscos psicossociais em contextos de trabalho municipais: Diagnosticar para intervir. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 229-235. <https://doi.org/10.15309/20psd210133>
- Schmidt, M. L. G., Santos, L. P., Piffer, L., Tonon, V. P., Massuda Junior, J., & Areosa, J. (2021). Diagnóstico do contexto de trabalho de creches-escola municipais. *Revista Labor*, 2(25), 47-63. <https://doi.org/10.29148/labor.v2i25.71003>
- Silva, D. O. V., Brito, V. L. F., & Nunes, C. P. (2023). Condições de trabalho e saúde de docentes municipais no sudoeste da Bahia. *Revista Educação em Páginas*, 2, e12222. <https://doi.org/10.22481/redupa.v2.12222>
- Viegas, M. F. (2022). Trabalhando todo o tempo: Sobrecarga e intensificação no trabalho de professoras da educação básica. *Educação e Pesquisa*, 48, e244193. <https://doi.org/10.1590/S1678-4634202248244193>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA NA PERCEÇÃO DA EXPRESSÃO SEXUAL

Patrícia Baião¹ (patricia.m.baiao.silva@gmail.com), Sofia von Humboldt², & Isabel Leal²

¹ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

²William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa

A demência é uma das principais causas de incapacidade e dependência entre os idosos, de acordo com os dados da World Health Organization (WHO, 2022), estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas, em todo o mundo, vivam com esta doença. A demência caracteriza-se pelo declínio global das funções cognitivas, esta patologia é constituída por um conjunto de sintomas, que comprometem a linguagem, a memória, a percepção, as habilidades cognitivas, o controlo emocional, a personalidade e o comportamento do indivíduo. Ao longo da progressão da doença, o comprometimento dessas funções, resultam na perda de capacidades do indivíduo (D’cruz et al., 2020; Eskola et al., 2022; Evans & Lee, 2013). A maioria das pessoas diagnosticadas com demência, reside na comunidade e na maioria dos casos, são os cônjuges que assumem a prestação de cuidados (Albert et al., 2022; Youell et al., 2015). Cuidar do outro, no contexto de um relacionamento conjugal, é complexo e afeta ambos os elementos da díade (Bjørge et al., 2016; Clark et al., 2017).

O diagnóstico de demência não implica o desaparecimento da sexualidade, contudo pode ter impacto significativo no relacionamento do casal (D’cruz et al., 2020; Pozzebon et al., 2016). Dada a sua natureza progressiva e incerta, a demência, transforma as relações e interações quotidianas da díade, exigindo uma constante adaptação, que desafia a comunicação, reciprocidade, amor e intimidade do casal (Benbow et al., 2019; Bielsten et al., 2018; Evans & Lee, 2013). A gradual incapacidade do parceiro com demência funcionar de forma independente, afeta naturalmente a sexualidade e a intimidade da díade de idosos (D’cruz et al., 2020; Pinho & Pereira, 2019).

No caso do cônjuge doente, de acordo com o tipo de diagnóstico, podem surgir mudanças no comportamento, como os comportamentos reativos, mudanças de personalidade e, com o tempo, a diminuição gradualmente de interesse na atividade sexual pode influenciar a sua expressão sexual (D’cruz et al., 2020; Herron & Rosenberg, 2017). Relativamente ao cônjuge cuidador, à medida que a doença progride, a capacidade de competência física e psicológica, a diminuição das habilidades de comunicação do parceiro doente, a mudança de papéis dentro do relacionamento, a crescente dependência e carga de cuidados a que está exposto, podem condicionar o seu interesse sexual (Evans & Lee, 2013; Nogueira et al., 2016). Associado a

essas mudanças, podem surgir sentimento de perdas profundas no relacionamento que existia até então, frequentemente experienciadas pelos cônjuges cuidadores e descritas como uma perda da pessoa, apesar de sua presença física e a perda da antiga intimidade com quem o cônjuge passou a maior parte de suas vidas (Clark et al., 2017; Eskola et al., 2022; Shavit et al., 2017). Estas transições e perdas causadas pela doença, exigem que a relação seja renegociada e, manter um relacionamento sexual íntimo pode se evidenciar um verdadeiro desafio (Albert et al., 2022; Sandberg, 2020).

A sexualidade é uma componente vital e uma experiência única para a humanidade e não existe nada, até hoje, que a substitua (Souza Júnior et al., 2020). O declínio cognitivo pode influenciar a capacidade dos idosos receberem, experimentarem e expressarem a sua sexualidade, na maioria dos casos, a atividade sexual do casal diminui como consequência dos sintomas e da progressão da doença (D’cruz et al., 2020; Eskola et al., 2022). Experimentar a deterioração das relações sexuais pode resultar em mudanças na comunicação íntima entre o casal e consequentemente influenciar a sua expressão sexual (Nogueira et al., 2016; Sales & Menezes, 2017).

Embora afete todas as dimensões do relacionamento conjugal, a demência pode surgir, para alguns casais, como uma oportunidade de crescimento dentro da relação, na qual estabelecer relacionamentos significativos é essencial, uma vez que, proporcionam segurança, apoio, ajudam a manter a ligação entre ambos os membros do casal e onde a intimidade permanece como um aspecto central da forma como os casais se relacionam (Benbow et al., 2019; Holdsworth & McCabe, 2017; Wadham et al., 2015). O diagnóstico, muda o relacionamento conjugal pré-existente e a expressão sexual da díade que antes podia estar mais relacionada ao ato sexual, pode transitar para a expressão de afeto e cuidado (Eskola et al., 2022; Pinho & Pereira, 2019; Sandberg, 2020; Shavit et al., 2017).

Neste sentido, torna-se relevante reconhecer o impacto do diagnóstico de demência na expressão sexual do casal. O presente estudo tem como objetivo descrever os fatores que influenciam a percepção da díade de idosos sobre a sua expressão sexual, após o diagnóstico de demência de um dos cônjuges.

MÉTODO

Participantes

Recorreu-se a uma amostra não probabilística, por conveniência e bola de neve, que inclui 10 idosos, parceiros do cônjuge diagnosticado com demência, com idades compreendidas entre os 68 e 94 anos ($M = 77,18$; $DP = 8,26$). A maioria dos participantes era do sexo feminino (60%), todos residiam nas suas próprias casas, sendo que a maioria residia no distrito de Lisboa (60%),

enquanto os restantes em diferentes distritos de norte a sul de Portugal. Relativamente aos cônjuges com demência, 60% era do sexo masculino, o tempo de diagnóstico da doença variava entre 2 e 15 anos ($M = 7,5$; $DP = 4,17$) e o diagnóstico de Alzheimer mostrou uma maior prevalência (50%).

Material

O presente estudo de natureza qualitativa, transversal e descritivo foi realizado através de um questionário sociodemográfico, que permite recolher informação acerca da idade, sexo, naturalidade, escolaridade, tempo de relação, idade do cônjuge, tipo de demência, cuidado domiciliário e institucionalização, e uma entrevista semiestruturada, constituída pela seguinte questão: “Que influência teve o diagnóstico de demência do seu cônjuge na perceção da sua expressão sexual?”.

Procedimento

Os dados foram recolhidos individualmente, 70% presencialmente e 30% por chamada telefónica. Foi obtido o consentimento informado de cada participante, seguido do protocolo de investigação, aprovados pelo conselho de ética institucional do ISPA - Instituto Universitário e do William James Center for Research, ISPA, que inclui um questionário sociodemográfico e a realização da entrevista.

As entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando o método de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Foram realizadas leituras exaustivas do material transcrito, que possibilitaram a criação e atribuição dos códigos, que originaram um sistema de categorias, selecionadas atingindo a saturação teórica.

RESULTADOS

A partir da análise de conteúdo realizada para o tema “influência do diagnóstico na expressão sexual”, resultaram 11 categorias: “aceitação e adaptação”, “alteração de rotinas”, “desinteresse pelas relações sexuais”, “término das relações sexuais”, “ausência de afeto”, “aumento de agressividade”, “perda de identidade”, “alteração de comportamentos”, “doença e disfunção sexual”, “substituição da relação sexual pela manifestação afetiva”, “suporte e cuidado”.

Aceitação e adaptação. Os participantes expressaram um sentimento geral de aceitação relativamente à influência do diagnóstico de demência, na expressão sexual da díade ($n = 20$).

A maioria, especialmente do sexo feminino, referiram aceitar o fim das relações sexuais da díade, associado ao diagnóstico da doença.

“E eu sempre compreendi, mesmo sendo mais nova do que ele, eu aceitei como outra coisa qualquer, aceitei que ele estava doente e eu não podia fazer nada.” (Fernanda; feminino; 70 anos).

Enquanto, os participantes do sexo masculino, relataram sentimentos de tristeza e elementos de adaptação, relativamente ao fim das relações sexuais do casal.

“(…) as coisas aparecem naturalmente e também a pessoa vai-se adaptando naturalmente.” (….) “Os carinhos, os afetos e os beijinhos não preenchem essa lacuna, cada um tem o seu lugar.” (….) “Eu sinto-me triste por isso, não era isto que idealizava (….)”. (Joaquim; masculino; 86 anos).

Alteração de rotinas. Os participantes indicaram que o diagnóstico de demência alterou as rotinas do casal ($n = 14$). Participantes do sexo masculino, referiram que essas alterações desencadearam sentimentos de perda de independência e mudanças nos papéis conjugais.

“Neste momento toda a vida da casa passa por mim, as compras, fazer comida, tratar da casa, lavar a roupa, tudo da vida da casa passa por mim.” (João; masculino; 83 anos).

Desinteresse pelas relações sexuais. Os participantes, principalmente do sexo feminino, referiram que após o diagnóstico do parceiro, o casal experienciou um crescente desinteresse pelo envolvimento sexual íntimo ($n = 11$).

“(…) ele agora não se interessa por nada. (….) para mim também é como lhe digo não me faz diferença nenhuma, é coisa que já não me interessa (….)”. (Maria; feminino; 71 anos).

Término das relações sexuais. Os participantes indicaram que o diagnóstico de demência do cônjuge, alterou a sua expressão sexual com a diminuição de frequência e posteriormente o término das relações sexuais ($n = 7$).

“A nossa expressão sexual mudou porque já não temos relações sexuais (….)”. (Fernanda; feminino; 70 anos).

Ausência de afeto. Os participantes revelaram que o diagnóstico de demência, influenciou as interações da díade. A progressão da doença diminuiu as trocas de afeto e dificultou a comunicação entre o casal ($n = 4$).

“Agora não tenho amor por ele, e nem ele já deve ter por mim, ele não diz se sim ou se não, ele não diz nada, não expressa uma fala, não diz nada, pronto.” (Maria; feminino; 71 anos).

Aumento de agressividade. Os participantes afirmaram que o aumento de agressividade, do cônjuge com demência, influenciou a expressão da sexualidade do casal ($n = 3$).

“(…) ele foi mudando o comportamento dele, havia alturas que estava um bocadinho agressivo e eu encolhia-me, é muito difícil gerir porque antes ele não era assim (….)”. (Ana; feminino; 75 anos).

Perda de identidade. Os participantes referiram que as alterações da personalidade do cônjuge doente, associadas ao declínio das funções cognitivas, têm influência na expressão sexual do casal ($n = 3$).

“É assim, desta minha experiência, percebo que ele é outra pessoa, ele não é a mesma pessoa de antes.” (Ana; feminino; 75 anos).

Alteração de comportamentos. Os participantes indicaram que as mudanças comportamentais, dos cônjuges com demência, têm impacto negativo no relacionamento e na expressão da sua sexualidade ($n = 3$).

“O comportamento dele para comigo alterou muito, alterou bastante.” (Ana; feminino; 75 anos).

Doença e disfunção sexual. Os participantes referiram que depois diagnóstico de demência, surgiram dificuldade sexuais que comprometem o envolvimento sexual da díade de idosos ($n = 2$).

“Para mim o meu marido está doente, eu acho que já não consigo ter contacto, ter intimidade física.” (Ana; feminino; 75 anos).

Substituição da relação sexual pela manifestação afetiva. Os participantes relataram que após o diagnóstico do cônjuge, o casal experimentou mudanças na sua expressão sexual, com as relações sexuais penetrativas serem substituídas pelas manifestações de afeto, como o beijo, carinho e abraços ($n = 2$).

“Antigamente tinha mais a ver com a relação sexual propriamente dita e agora tem mais a ver com os afetos.” (João; masculino; 83 anos).

Suporte e cuidado. Participantes, do sexo feminino, referiram que após o diagnóstico, se sentem satisfeitas com a prestação de cuidados ao cônjuge doente ($n = 2$).

“Eu quero cuidar dele até que puder.” (Fernanda; feminino; 70 anos).

DISCUSSÃO

Este estudo pretende descrever os fatores que influenciam a percepção da díade de idosos sobre a sua expressão sexual, após o diagnóstico de demência de um dos cônjuges. Os resultados revelam que o diagnóstico de demência tem um impacto considerável na expressão sexual da díade.

Relativamente, há influência do diagnóstico na expressão sexual, a categoria mais relatada foi a “aceitação e adaptação” ($n = 20$). Estes resultados indicam que os idosos aceitam as alterações na sua expressão sexual, após o diagnóstico de demência do cônjuge. Isto pode estar associado a crenças pessoais, à história positiva do casal, anteriormente à doença e há necessidade do cônjuge cuidador manter viva a identidade do casal (Pozzebon et al., 2016). Apesar da maioria

indicar que aceita, diversos fatores como a “alteração de rotinas” foram identificados como contribuindo para os desafios de manutenção da expressão sexual da díade após o diagnóstico de demência. Mudanças na rotina, depois do diagnóstico de demência, foram associadas ao aumento de responsabilidade de cuidado (Roelofs et al., 2014), que pode contribuir para a perda de independência do cônjuge cuidador e conseqüentemente o seu isolamento social (Holdsworth & McCabe, 2017; Pozzebon et al., 2016). Além disso, essas mudanças resultaram no cruzamento de papéis conjugais e influenciaram a intimidade e a sexualidade da díade de idosos, como demonstrado por estudos anteriores (Eskola et al., 2022; Holdsworth & McCabe, 2017; Roelofs et al., 2014). O “desinteresse pelas relações sexuais” e o “término das relações sexuais” forma indicados como fatores que influenciam a percepção da expressão sexual do casal. Os resultados corroboram estudos (Abdo, 2013; Nogueira et al., 2016) que associaram o diagnóstico de demência ao aumento de apatia sexual, diminuição da atividade sexual e indiferença sexual. Além disso, Albert (2022) mostrou que o casal experienciar o fim das relações sexuais, têm impacto negativo na expressão da sua sexualidade. Os resultados indicam que a “ausência de afeto” e a “perda de identidade”, influenciam a sexualidade da díade de idosos. Estudos mostraram que a diminuição de trocas recíprocas entre o casal e a sensação de perda do parceiro doente pode comprometer e tornar mais complexa a expressão sexual dos idosos (Holdsworth & McCabe, 2017; Pozzebon et al., 2016; Youell et al., 2015). Os participantes indicaram o “aumento de agressividade” e a “alteração de comportamentos” do cônjuge doente, como consequência da progressão da demência. No entanto, mudanças no comportamento explícito e comportamentos reativos, contribuem para sentimentos de distanciamento entre o casal (Pozzebon et al., 2016) e foram associados a efeitos negativos na sexualidade da díade (Sandberg, 2020). A “doença e disfunção sexual” foi indicada como dificultando o envolvimento íntimo dos idosos, depois do diagnóstico de demência. Estudos recentes indicam que os cônjuges cuidadores que percebem os parceiros doentes como estranhos têm maior probabilidade de ter dificuldade em iniciar a atividade sexual devido a sentimentos de angústia e confusão (Sandberg, 2020; Youell et al., 2016). Nesse sentido, a disfunção sexual é consistentemente percebida como uma ameaça à sexualidade da díade (DeLamater & Koepsel, 2014). A “substituição da relação sexual pela manifestação afetiva” e o “suporte e cuidado” foram indicadas como alternativa às relações sexuais, na qual os idosos encontram prazer (Pinho & Pereira, 2019). A manifestação de afetos, como os beijos, carinho e toque surge como uma estratégia prazerosa, que permite ao casal continuar a ser íntimo e afetivo (Albert et al., 2022; Sandberg, 2020; Shavit et al., 2019). Cuidar do parceiro doente, manifesta-se como uma nuance de ternura que proporciona uma sensação de segurança e união entre a díade (Shavit et al., 2019). A substituição da relação sexual pela manifestação de cuidado, tende a ser mais frequente em mulheres (Nogueira et al., 2016).

O presente estudo apresenta algumas limitações. A dimensão reduzida da amostra ($n = 10$), pode resultar na falta de representatividade. Além disso, o processo de amostragem, não probabilístico, condiciona a generalização dos resultados para amostras semelhantes, há necessidade de, no futuro, incluir uma amostra maior e mais diversificada. O facto de alguns

participantes, poderem ter sentido alguma pressão para responder ou terem adaptado a sua narrativa, segundo alguma deseabilidade social também é uma limitação. Apesar das limitações, este estudo contribui para a literatura, para identificar os fatores que influenciam a expressão sexual do casal de idosos, após o diagnóstico de demência de um dos cônjuges.

Concluimos que o diagnóstico e a progressão da demência influenciam negativamente a sexualidade e intimidade da díade, tornando a sua expressão complexa e difícil ao longo do tempo. Os resultados trazem informações significativas sobre como o cônjuge cuidador percebe a influência do diagnóstico de demência do cônjuge, na sua expressão sexual, que parece ser uma área que permanece pouco explorada. Além disso, este estudo revela que os cônjuges cuidadores enfrentam constantes desafios e mudanças, com impacto significativo na sua expressão sexual. Nesse sentido, futuras intervenções no contexto da saúde podem beneficiar da integração destes resultados com impacto na expressão e saúde sexual da díade idosa após o diagnóstico de demência.

REFERÊNCIAS

- Abdo, C. H. N. (2013). Sexuality and couple intimacy in dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 593–598. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e328365a262>
- Albert, S. C., Eduardo Martinelli, J., & Costa Pessoa, M. S. (2022). Dementia and its impacts on the intimate, sexual couple relationship: A systematic review of qualitative research studies. *Dementia*, 147130122110732. <https://doi.org/10.1177/14713012211073205>
- Bardin, L. (1977). *A Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benbow, S. M., Tsaroucha, A., & Sharman, V. (2019). “It is not the same”: Relationships and dementia. *Educational Gerontology*, 45(7), 454–468. <https://doi.org/10.1080/03601277.2019.1656892>
- Bielsten, T., Lasrado, R., Keady, J., Kullberg, A., & Hellström, I. (2018). Living life and doing things together: Collaborative research with couples where one partner has a diagnosis of dementia. *Qualitative Health Research*, 28(11), 1719–1734. <https://doi.org/10.1177/1049732318786944>
- Bjørge, H., Sæteren, B., & Ulstein, I. D. (2016). Experience of companionship among family caregivers of persons with dementia: A qualitative study. *Dementia*, 18(1), 228–244. <https://doi.org/10.1177/1471301216666172>
- Clark, S., Prescott, T., & Murphy, G. (2017). The lived experiences of dementia in married couple relationships. *Dementia*, 18(5), 1727–1739. <https://doi.org/10.1177/1471301217722034>

- D'cruz, M., Andrade, C., & Rao, T. S. S. (2020). The expression of intimacy and sexuality in persons with dementia. *Journal of Psychosexual Health*, 2(3-4), 215–223. <https://doi.org/10.1177/2631831820972859>
- DeLamater, J., & Koepsel, E. (2014). Relationships and sexual expression in later life: A biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Eskola, P., Jolanki, O., & Aaltonen, M. (2022). Through thick and thin: The meaning of dementia for the intimacy of ageing couples. *Healthcare*, 10(12), 2559. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122559>
- Evans, D., & Lee, E. (2013). Impact of dementia on marriage: A qualitative systematic review. *Dementia*, 13(3), 330–349. <https://doi.org/10.1177/1471301212473882>
- Herron, R. V., & Rosenberg, M. W. (2017). Responding to aggression and reactive behaviours in the home. *Dementia*, 18(4), 1328–1340. <https://doi.org/10.1177/1471301217699676>
- Holdsworth, K., & McCabe, M. (2017). The impact of dementia on relationships, intimacy, and sexuality in later life couples: An integrative qualitative analysis of existing literature. *Clinical Gerontologist*, 41(1), 3–19. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1380102>
- Nogueira, M. M. L., Neto, J. P. S., Sousa, M. F. B., Santos, R. L., Lacerda, I. B., Baptista, M. A. T., & Dourado, M. C. N. (2016). Perception of change in sexual activity in Alzheimer's disease: Views of people with dementia and their spouse-caregivers. *International Psychogeriatrics*, 29(2), 185–193. <https://doi.org/10.1017/s1041610216001642>
- Pinho, S., & Pereira, H. (2019). Sexuality and intimacy behaviors in the elderly with dementia: The perspective of healthcare professionals and caregivers. *Sexuality and Disability*, 37(4), 489–509. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09589-0>
- Pozzebon, M., Douglas, J., & Ames, D. (2016). Spouses' experience of living with a partner diagnosed with a dementia: A synthesis of the qualitative research. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 537–556. <https://doi.org/10.1017/s1041610215002239>
- Roelofs, T. S. M., Luijkx, K. G., & Embregts, P. J. C. M. (2014). Intimacy and sexuality of nursing home residents with dementia: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(3), 367–384. <https://doi.org/10.1017/s1041610214002373>
- Sales, M. G. S., & Menezes, T. M. D. O. (2017). The meaning of sexuality for the spouse caregiver of the elderly person with Alzheimer's disease. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(2), 204. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200009>
- Sandberg, L. J. (2020). Too late for love? Sexuality and intimacy in heterosexual couples living with an Alzheimer's disease diagnosis. *Sexual and Relationship Therapy*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1750587>
- Shavit, O., Ben-Ze'ev, A., & Doron, I. (2017). Love between couples living with Alzheimer's disease: Narratives of spouse care-givers. *Ageing and Society*, 39(3), 488–517. <https://doi.org/10.1017/s0144686x1700109x>

- Souza Júnior, E. V. d., Silva, C. d. S., Lapa, P. S., Trindade, L. E. S., Filho, B. F. d. S., & Sawada, N. O. (2020). Influence of sexuality on the health of the elderly in process of dementia: Integrative review. *Aquichan*, 20(1), 1–13. <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.6>
- Wadham, O., Simpson, J., Rust, J., & Murray, C. (2015). Couples' shared experiences of dementia: A meta synthesis of the impact upon relationships and couplehood. *Aging & Mental Health*, 20(5), 463-473. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023769>
- World Health Organization (WHO). (2022). Dementia. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/dementia>
- Youell, J., Callaghan, J. E. M., & Buchanan, K. (2015). 'I don't know if you want to know this': Carers' understandings of intimacy in long-term relationships when one partner has dementia. *Ageing and Society*, 36(5), 946–967. <https://doi.org/10.1017/s0144686x15000045>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

ESTUDOS TRANS EM TEMPOS DE MUDANÇA: REVISÃO CRÍTICA SOBRE MODELOS DE INVESTIGAÇÃO

Marta Conceição¹ (martafdconceicao@gmail.com) & Pedro Alexandre Costa²

¹Ispa – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

²Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Ao longo das últimas décadas, tem-se observado uma evolução de paradigma no que toca as narrativas trans. Enquanto no final dos anos 1990, as narrativas representadas em estudos científicos baseavam-se na ideia de “ter nascido no corpo errado”, cada vez mais são reportadas narrativas centradas na ideia de “ter nascido na sociedade errada”, trazendo consigo temas de orgulho, visibilidade e diversidade (Merlini, 2020; Moon, 2018). Além disso, têm sido cada vez mais visíveis novas nomenclaturas, categorias e interpretações, o que demonstra a evolução de diversidade de género (Ekins & King, 2010). Para esta mudança, motivada por ‘movimentos trans’, contribuem as alterações socio-legais, que, por sua vez, resultam também em transformações na forma como a psicologia percebe as identidades trans e no modo como os estudos nesta área são conduzidos. Assim, destacam-se dois contextos onde estas alterações têm sido proeminentes: legal e clínico.

Contexto legal

Em relação ao contexto legal, denota-se que apenas na década de 1970 as pessoas trans – na altura referidas como “transsexuais” – começaram a ser incluídas em medidas de reconhecimento de identidade de género (IG). Depois disso, apenas em 1989, surgiu a primeira resolução do Parlamento Europeu sobre a “discriminação contra transsexuais”, tendo passado mais de 20 anos até que as instituições europeias tenham estabelecido o enquadramento legislativo de direitos trans (Merlini, 2020). No contexto Português, em concreto, embora continuem a prevalecer valores cis-heteronormativos, destacam-se três marcos na esfera legal que dão conta das leis progressistas no que respeita a autoafirmação e autodeterminação da IG. O primeiro é a legalização das cirurgias de redesignação sexual que, ilegais até 1995, passaram a estar disponíveis para quem tivesse diagnóstico de “transsexualidade” na altura; “disforia de género” na atualidade (Hines & Santos, 2017; Marques et al., 2012). O segundo marco foi a Lei de Identidade de Género (Lei n.º 7/2011), que passou a permitir a alteração do marcador sexual e nome próprio no registo civil, sem que a pessoa tivesse de se submeter a processos cirúrgicos

de alterações corporais, como requerido até aí. Esta lei foi recebida pela maioria das pessoas trans como importante, tendo impactado positivamente várias áreas das suas vidas, nomeadamente a nível de bem-estar psicológico, felicidade, vida escolar e académica e segurança em ambientes públicos (Pinto & Moleiro, 2020). O terceiro marco deu-se em 2018, com a aprovação da Lei do Direito à Autodeterminação de Identidade de Género e Expressão de Género (Lei n.º 38/2018), que passou a permitir o reconhecimento legal do género com base na autodeterminação, estando disponível a pessoas com nacionalidade portuguesa, a partir dos 18 anos – ou 16, mediante autorização de representantes legais – sem que seja requerido um diagnóstico de disforia de género. Assim, Portugal destaca-se como um dos poucos países europeus que dispõe de um enquadramento legal que permite a autoafirmação segundo duas linhas: a da despatologização, uma vez que contempla a alteração do nome e marcador de género sem requerer diagnóstico médico, ou seja, sem a conceção patológica; e a do reconhecimento autodeterminado do género, isto é, permite que a autodeterminação da IG seja concretizada através de um processo administrativo mais simples, que dispensa diagnósticos, acompanhamento médicos ou outros intermediários (Merlini, 2020).

Contexto clínico

Para as transformações socio-legais, tem contribuído a crescente despatologização das identidades trans no contexto clínico. Estas começaram por surgir no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM), na sua terceira versão, em 1980, classificadas como “Transsexualismo” (APA, 1980). Na edição seguinte, esta classificação foi substituída por outra, inserida no capítulo destinado a perturbações sexuais e de identidade de género – “Perturbação de Identidade de Género” (APA, 1994). Atualmente, na quinta edição do DSM, a classificação designa-se “Disforia de Género” e enquadra-se num novo capítulo destinado exclusivamente a esta temática (APA, 2013). A mais recente conceptualização enfatiza o desconforto (disforia), por vezes clinicamente significativo, que muitas pessoas trans sentem decorrente da incongruência entre o género atribuído à nascença e o género de identificação (APA, 2013).

Ao longo das edições deste manual, torna-se clara uma transformação no modo como o género e a sexualidade são conceptualizadas e redefinidas, destacando-se a substituição do termo “sexo” por “género”, a maior abertura à variabilidade e os lugares próprios que temas associados à IG têm vindo a tomar. Através destas alterações na forma de categorização, podemos compreender a crescente inclusão da diversidade de género e a possibilidade de alternativas e expressões (Merlini, 2020). Esta abertura resulta em efeitos benéficos, na medida em que a variabilidade deixa de ser critério de recusa ou atraso no acompanhamento e referenciação clínica para quem procura cuidados de saúde de afirmação de género. Ainda assim, mantem-se o risco da perpetuação do poder medicalizado e o risco de validação de diferenças dicotómicas que reforçam noções estereotipadas sobre cada IG e sobre quem é ou

não “verdadeiramente trans” (Merlini, 2020; Hilário, 2018). Neste sentido, embora as categorias médicas tenham vindo a perder força junto da população trans, algumas pessoas profissionais de saúde, sobretudo no contexto biomédico, continuam a desempenhar papéis de *gatekeepers* no acesso a cuidados de saúde específicos a esta população.

Movimentos trans

Estas mudanças a nível legal e clínico tem sido mutuamente influenciadas pelas alterações sociais, sendo ambas motivadas por campanhas de ativismo, assim como pelo esforço para concretizar os compromissos de instituições de direitos humanos. O ativismo trans, organizado em vários coletivos, teve e continua a ter um papel crucial. Estes movimentos têm vindo a propor narrativas politizadas, promovendo a diversidade e fluidez de género, perspetivando o género como um contínuo (Merlini, 2020). Assim, foi durante o período de transição de milénio que se tornaram mais visíveis as possibilidades de redefinição do género, especialmente face à classificação binária. Estas transformações levaram, então, à contestação da visão biomédica das identidades trans, assim como à defesa de direitos de autodeterminação corporal e identitária (Merlini, 2020). De forma a melhor compreender estas transformações e a sua propagação, deve-se ter em conta as novas tecnologias de informação e comunicação. A internet é atualmente o meio onde mais se partilham histórias trans, permitindo um maior alcance que, em simultâneo, permite um certo nível de segurança oferecido pelo anonimato. Este contexto tem também permitido o estabelecimento de redes de apoio mútuo e potenciado o sentimento de pertença, contribuindo para a promoção e expansão de movimentos trans (Cannon et al., 2017; Haimson, 2021).

TRANSFORMAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE ESTUDOS TRANS

Tendo em conta as alterações a nível socio-legal e também a nível das narrativas trans, influenciadas por posicionamentos sociais e individuais, torna-se pertinente analisar de que forma os estudos sobre pessoas trans têm evoluído no panorama científico. Assim, foi conduzida uma revisão narrativa crítica, que permitiu sumarizar, contextualizar e analisar estudos prévios incidentes sobre esta população (Carnwell & Daly, 2001). Para tal, foram seguidos os quatro passos propostos por Carnwell e Daly (2001): 1) Definir o âmbito da revisão; 2) Identificar e selecionar fontes de informação relevantes; 3) Rever a literatura; 4) Construir a revisão. Desta forma, o objetivo da presente revisão foi identificar estudos prévios que se debruçaram sobre a população trans e analisar criticamente as metodologias utilizadas, bem como o impacto que estas têm para a construção do conhecimento (Carnwell & Daly, 2001).

O estudo sobre pessoas trans começou por ter como objetivo responder ao sentimento comum à maioria desta população relativo ao desconforto corporal (Bockting, 2009). Uma vez que as identidades trans eram percebidas como perturbações, a abordagem de profissionais de saúde passava por tentar fazer crescer um conforto sobre o género atribuído (Bockting, 2009). A partir da década de 1980, com base nas alterações sociais acima referidas, passou a enfatizar-se, em vez do desconforto corporal, o estigma social como umas das origens principais do sofrimento demonstrado pela população trans (Bockting, 2009). Desta forma, destacaram-se, numa fase inicial, duas abordagens no estudo de identidades trans: categorização de perfis e modelos de estádio.

Categorização de perfis

Uma das abordagens pioneiras nos estudos trans verificou-se sobretudo na década de 1980, baseando-se na categorização de perfis, segundo uma lógica de *follow-up*. Apesar de vários estudos datarem esta década (e.g., Green, 1987), foram identificados alguns mais recentes. Cohen-Kettenis e Klink (2015) identificaram dois tipos de perfis, com base numa amostra recrutada em contexto clínico, composta por crianças e jovens com diagnóstico de disforia de género: “início precoce” (“*early onset*”), que começaram a expressar desconforto relativo ao género atribuído durante a infância; e “início tardio” (“*late onset*”), que começaram a demonstrá-lo mais tarde, pelo início da adolescência ou depois. Steensma et al. (2011), com recurso a uma amostra semelhante, distinguiram dois outros tipos de perfis: “persistentes”, cujo desconforto se iniciava na infância e prolongava para além da adolescência; e “desistentes”, que demonstravam desconforto na infância, mas deixavam de o fazer ao longo do seu desenvolvimento. Posteriormente, Steensma e Cohen-Kettenis (2015) propuseram um terceiro perfil, além de persistentes e desistentes: “persistentes após interrupção”, isto é, indivíduos cujo desconforto identificado na infância fora interrompido, voltando a manifestar-se mais tarde nas suas vidas.

Perante este tipo de estudos orientados por uma lógica de categorização, Temple Newhook et al. (2018) reconheceram a sua importância, enfatizando que foram impulsionadores do período de investigação qualitativa sobre crianças e adolescentes trans. Neste sentido, descobriram dados importantes, destacando, por exemplo, o início da idade adolescente como um período determinante para a construção da IG, mostrando também as pressões sentidas no período de exploração da IG numa sociedade marcada por transfobia (Steensma et al., 2011). Mostraram também que alguns elementos manifestos na idade infantil, como o desconforto corporal, podem ser pistas que ajudam a antecipar uma identidade trans na adolescência ou idade adulta. Contudo, Temple Newhook et al. (2018) apontaram também várias críticas. A nível de metodologia, chamaram a atenção para o contexto em que as crianças participantes foram recrutadas. Tendo este recrutamento sido realizado no âmbito de clínicas de IG, é importante ter em conta que as inferências realizadas são restritas a este contexto. Neste sentido, deve-se

ter em consideração que estas eram crianças e adolescentes cujos pais e/ou mães escolheram levá-las a este tipo de clínicas, possivelmente com a expectativa de prescrição de um diagnóstico e tratamento, percebendo, assim, a variância de gênero dos filhos ou filhas como um problema que requereria tratamento psicológico. É de notar que crianças que crescem com pais e/ou mães que adotam esta perspectiva demonstram trajetórias significativamente diferentes de crianças afirmadas e validadas pelos pais e/ou mães (Durwood et al., 2017). Outra crítica prende-se com a idade de *follow-up*, geralmente entre os 16 e 23 anos de idade, considerada uma idade precoce para este tipo de avaliação sobre a IG, uma vez que é durante esta janela temporal que ocorrem processos importantes de exploração e consolidação identitária. Uma outra crítica metodológica associa-se à classificação de crianças e adolescentes que não participaram no *follow-up*, tendo estas sido designadas como “desistentes”, por se considerar que, ao não procurarem cuidados de saúde trans neste tipo de clínicas de IG, tal significaria que teria cessado a disforia de gênero. Esta decisão reflete uma escolha metodológica que negligencia uma série de considerações importantes sobre o porquê de as crianças e jovens não terem regressado às clínicas. Entre os possíveis motivos para tal, destacam-se experiências negativas nas clínicas, a supressão da identidade e expressão de gênero durante um período de tempo, devido à transfobia social, rejeição familiar, insegurança ou pressão por parte de práticas de conversão (Kennedy & Hellen, 2010). Por último, sublinha-se a terminologia de “persistente” e “desistente” e o pressuposto inerente de que estas nomenclaturas se associam a noções de normalidade ou desvio em relação à IG – a identidade cisgênero é vista como saudável, em oposição à trans. Adicionalmente, enquanto a identidade cisgênero é assumida como válida, as identificações prévias como trans são invalidadas, sendo que estas últimas são válidas apenas se a sua manifestação se iniciar na infância e mantiver ao longo da vida, narrativas estas que não se encontram refletidas nas experiências de crianças e jovens trans. Além disso, é claro que estes estudos se guiam por uma perspectiva binária, não dando espaço, assim, para a expressão e classificação de identidades não binárias, nem para a fluidez que caracteriza inúmeras trajetórias de desenvolvimento de IG (Kennedy & Oswalt, 2014).

Modelos de Estádio

Passando para um período marcado por modelos de estádios, este foi inspirado pelos estudos de desenvolvimento de orientações sexuais minoritárias, sendo o de Cass (1979) a maior referência.

Entre os principais modelos, destaca-se o de Gagné et al. (1997), que procurou estudar as experiências de revelação da IG de pessoas “*masculine-to-feminine transgenderists*”, definindo-as como indivíduos que apresentam expressões ou IG alternativas ao modelo cisnormativo e binário. Neste estudo, foram identificados quatro temas principais de formação identitária: 1) Experiências trans precoces; 2) Assumir a própria IG; 3) Revelar a IG a outras pessoas; 4) Resolução da identidade, isto é, alcançar um estágio de autenticidade sobre a própria

identidade. Mais tarde, também Devor (2004) estudou a formação da “identidade transexual”, tendo desenvolvido um modelo no qual identificou quatorze estádios, desde ansiedade persistente, passando por estádios de aceitação da identidade trans, transição – caracterizado pela “mudança de género e sexo”, através de cirurgias de redesignação sexual –, aceitação da IG pós transição, integração e, por fim, estádio de orgulho, que significaria ser abertamente trans e advogar pela população e direitos trans. Lev (2004), por sua vez, apresentou um modelo de “emergência transgénero”, no qual descreveu seis estádios desenvolvimentais: 1) Tomada de consciência; 2) Procura de informação e/ou ajuda; 3) Revelação da IG a pessoas significativas; 4) Exploração da identidade e autoidentificação; 5) Exploração de possíveis transições e modificações corporais; 6) Integração da identidade. Pollock e Eyre (2012), num estudo realizado com jovens trans “*female-to-male*”, identificaram três estádios: 1) Crescente sentido de género; 2) Reconhecimento da identidade trans; 3) Ajustamento social. Em Portugal, com recurso a uma amostra composta por pessoas autoidentificadas como transexuais, Pinto e Moleiro (2015) descreveram cinco estádios de desenvolvimento: 1) Confusão e sentimento de diferença relativa ao género; 2) Descoberta e exploração da identidade e nomenclatura associada; 3) Aceitação da IG; 4) Demonstração da identidade e realização de modificações corporais; 5) Consolidação da identidade e invisibilidade. Este estudo salientou também várias condições externas e internas, estratégias de ação/interação e consequências psicossociais com as quais as pessoas participantes lidaram em cada estádio, assim como fatores que promoveram a passagem entre estes (Pinto & Moleiro, 2015).

Embora a abordagem de modelos de estádios tenha oferecido novos conhecimentos, enfatizando a noção de que existem processos não só pessoais mas também interpessoais a considerar no desenvolvimento da IG, estes não estiveram isentos de críticas. Primeiramente, é de realçar que os primeiros modelos orientados por esta lógica foram largamente influenciados pelo modelo de desenvolvimento de Cass (1979), modelo este específico a pessoas de orientação sexual minoritária. Apesar de possíveis pontos comuns com populações LGB, é importante reconhecer as particularidades com que as pessoas trans se deparam ao longo do seu desenvolvimento, especialmente tendo em conta a transfobia presente na sociedade. Além disso, Kuper et al. (2018) argumentaram que esta linha de pensamento preconiza a ideia de que a IG se desenvolve de modo linear e progressivo, com um estádio inicial e um estádio final. No entanto, esta visão rígida tem vindo a ser contrariada pela literatura, tornando-se cada vez mais consensual que a IG é caracterizada por dinamismo, desenvolvendo-se continuamente ao longo do curso de vida (Temple Newhook et al., 2018). Assim, é importante reconhecer que cada pessoa tem a sua jornada – enquanto algumas podem não experienciar certos estádios, outras podem passar mais rapidamente por uns e mais lentamente por outros, percorrê-los por ordem diferente ou até repeti-los.

Abordagens narrativas

No seguimento das críticas apontadas aos modelos de estádios, começaram a surgir investigações baseadas em abordagens narrativas (Kuper et al., 2018). Estas identificam os processos de atribuição de sentido como centrais nas trajetórias de desenvolvimento identitário. Assim, esta perspectiva conceptualiza as narrativas como quadros de referência pessoais, que têm em conta o passado, presente e futuro da pessoa, assim como a coerência entre estes três pontos (Cohler & Hammack, 2007). As narrativas desenvolvem-se, então, através de interações com outras pessoas, assim como pela interação com narrativas sociais mais amplas, que refletem temas e significados subjetivos e partilhados sobre o que significa pertencer a determinado grupo, neste caso, à população trans (Cohler & Hammack, 2007).

As abordagens narrativas começaram por ser aplicadas ao estudo do desenvolvimento identitário associado à orientação sexual, contudo, têm vindo a ser usadas também no estudo de desenvolvimento da IG, sendo que as narrativas mais recentes têm demonstrado uma evolução no sentido de maior diversidade, fluidez e autodeterminação (Cohler & Hammack, 2007; Kuper et al., 2018).

Dentro das abordagens narrativas, destaca-se a importância da integração de vários elementos que podem contribuir para uma melhor prática de investigação: modelo de stress minoritário de género, interseccionalidade e reflexividade.

Modelo de Stress Minoritário de Género

Encontra-se amplamente documentada na literatura a alta prevalência de sintomas psicopatológicos na população trans, em particular no que respeita a depressão, ansiedade, adição e ideação suicida (Dhejne et al., 2016). A idade adolescente em particular tem sido apontada como uma fase de maior risco (Korell & Lorah, 2007). Uma vez que, durante algum tempo, a investigação científica serviu-se destes dados para justificar a classificação patológica das próprias identidades trans, é importante perceber a origem destes sintomas psicopatológicos e a forma como as pessoas trans se relacionam com eles.

Historicamente, esta população têm sido alvo de várias formas de discriminação, que abrangem ações mais subtis caracterizadas por microagressões (e.g., *misgender*) até formas mais explícitas (e.g., agressões, homicídio) (Vermeir et al. 2018). São reportadas, especialmente por jovens trans, experiências de assédio verbal, físico e sexual, registando-se também situações de isolamento e marginalização da população trans a vários níveis (Saewye et al., 2015). Também no campo da comunicação social, as pessoas trans continuam a ser alvo de estereótipos negativos, o que acaba por alimentar a exclusão e estigma social (Inch, 2016). São ainda identificadas vulnerabilidades associadas à ausência de ambientes seguros e falta de acesso a serviços de saúde (Grossman & D'Augelli, 2006).

Perante este cenário, torna-se evidente que a população trans se encontra exposta a fatores de stress específicos, além daqueles que são considerados normativos, colocando-a numa posição de maior vulnerabilidade. Assim, o Modelo de Stress Minoritário de Género (MSMG) (Hendricks & Testa, 2012), baseado no Modelo de Stress Minoritário (MSM) aplicado a pessoas LGB (Meyer, 2003), defende que a população trans apresenta maior probabilidade de comprometimento de saúde mental devido ao estigma de que é alvo e ao consequente stress minoritário. Desta forma, o MSM propôs três processos associados à exposição ao estigma, tendo o MSMG feito o paralelismo para a população trans. O primeiro processo baseia-se nos eventos externos e observáveis de discriminação que ocorrem na vida das pessoas, derivados da sua condição minoritária, e que levam ao surgimento de fatores de stress. O segundo processo associa-se à antecipação e expectativa de que estes eventos irão acontecer e à vigilância mantida pelas próprias pessoas, devido a esta expectativa. Decorrente desta vigilância, algumas pessoas decidem esconder a sua identidade, de forma a protegerem-se de possíveis perigos. O terceiro processo liga-se à internalização de atitudes sociais negativas e pejorativas, resultando em transfobia internalizada (Hendricks & Testa, 2012). Embora este último processo não seja diretamente observável, é potencialmente o mais nocivo, uma vez que pode interferir com a capacidade de lidar com eventos externos causadores de stress e reduzir a resiliência face a estes eventos (Hendricks & Testa, 2012; Meyer, 2003).

Interseccionalidade

A interseccionalidade pressupõe que vários tipos de opressão criam e mutuamente constituem uma relação de poder complexo que é enraizado e ativamente mantido por sistemas institucionais e estruturas sociais (Collins & Bilge, 2016). Assim, considera-se que as desigualdades a nível social e de saúde mental na população trans são resultado de desequilíbrios que têm sido produzidos ao longo do tempo através destas estruturas sociais dominantes de poder, nomeadamente a cisnormatividade e heterossexismo. O reforço e manutenção destas estruturas manifesta-se através dos benefícios e privilégios sociais associados às pessoas classificadas segundo as estruturas dominantes, resultando, assim, na penalização e invisibilização das que não são classificadas como tal.

Aplicando este pressuposto à população trans, denota-se que a cisnormatividade premeia todas as instituições sociais, conferindo privilégios às pessoas classificadas como cisgénero. Além disso, estes sistemas influenciam também políticas e leis que regulam e vigiam identificações e identidades de género. Assim, também os processos socio-estruturais, que se encontram em práticas sociais do dia-a-dia, acabam por (re)produzir este tipo de desigualdades, a favor do *status quo* (Wesp et al., 2019). Desta forma, a interseccionalidade elucida a forma como as estruturas dominantes se manifestam através de processos de diferenciação, o que leva a categorias de identidades marcadas como diferentes pelos grupos dominantes. Além disso, considera que as desigualdades sociais são reflexo de poderes diferenciais que impactam

negativamente pessoas com identidades marginalizadas, pelo que chama a atenção para a importância do conhecimento incorporado das pessoas que experienciam e resistem a múltiplas opressões interseccionais. Este tipo de conhecimento e a sua representação permite celebrar vozes, experiências e perspectivas das populações frequentemente marginalizadas e invisibilizadas, sendo este essencial para o objetivo de justiça social (Dhamoon & Hankivsky, 2011).

Assim, no sentido de conduzir investigações sobre populações trans que tenham em conta a interseccionalidade, Wesp et al. (2019) sugerem que a equipa de investigação incorra em três ações, apresentando questões a colocar ao longo do processo de investigação: 1) Nomear relações interseccionais de poder, sejam elas relativas à pertença a determinada IG, classe social, etnia, idade ou outros – “quais são as principais hierarquias de poder interseccional que moldam os constrangimentos e oportunidades das pessoas participantes?”; 2) Desafiar o *status quo* – “de que forma podem as minhas posições sociais e perspectivas sobre o mundo afetar a minha investigação? Como pode o conhecimento produzido pela presente investigação promover a ação coletiva para a justiça para pessoas trans?”; 3) Priorizar o conhecimento incorporado – “de que forma pode esta investigação priorizar as vozes, conhecimento situado e perspectivas da população trans em foco?”

Reflexividade

A prática reflexiva baseia-se na noção de que todo o conhecimento é parcial e incompleto, ou seja, que os resultados e conclusões em investigação não surgem no vácuo, sendo antes produto da interação que a equipa de investigação tem com os dados, sendo que esta relação é informada pelos conhecimentos e experiências de cada pessoa (Braun & Clarke, 2019). A reflexividade, considerada como um dos principais meios de promoção de qualidade científica, em particular em estudos qualitativos, sugere a reflexão sobre o potencial impacto destas influências em cada passo do processo de investigação. Sendo que uma grande parte de estudos sobre a população trans tem sido conduzida por pessoas cisgénero, torna-se relevante atender a possíveis desequilíbrios de poder social, pelo que é ainda mais importante, neste caso, refletir sobre a situação das pessoas que integram a equipa de investigação, as suas intenções, pontos de partida em relação ao estudo, possíveis vieses e formas de contrariar a propagação de estereótipos nocivos sobre esta população (Quinn & Hancock, 2023).

Braun e Clarke (2022) destacam três tipos de reflexividade a considerar durante o processo de investigação: pessoal, funcional e disciplinar. Para cada uma destas áreas de reflexividade, Quinn e Hancock (2023) exemplificaram algumas questões a serem colocadas pela equipa de investigação, de forma a aprofundar a reflexividade. No caso da reflexividade pessoal, esta prende-se com a reflexão sobre a identidade, valores e posicionamentos da própria pessoa investigadora. Por reconhecer a relação recíproca entre as experiências de vida pessoais e o processo de investigação, engloba também os pressupostos e expectativas pessoais sobre o tema

de investigação e ainda a relação para com as pessoas participantes. Assim, algumas questões pertinentes a colocar prendem-se com uma vertente mais pessoal – “de que forma podem as minhas atitudes e conhecimentos influenciar o trabalho de investigação?” – mas também numa vertente mais interpessoal – “em que acredito ou a que associo a população que estou a investigar e de que forma contruí estas crenças?”. A reflexividade funcional prende-se com as escolhas de desenho, metodologias e construção do conhecimento, pelo que poderá ser útil questionar “de que forma podem as minhas metodologias e práticas de investigação servir a população que estou a estudar? De que forma podem estas causar danos acidentais? Como e onde poderei procurar orientação?”. Por fim, a reflexividade disciplinar refere-se à forma de desenvolvimento da disciplina. No caso da psicologia, denota-se que, durante muito tempo, as identidades trans foram alvo de patologização, pelo que este tipo de reflexão convida a pessoa investigadora a pensar sobre o ponto de partida onde se encontra a sua disciplina e os seus possíveis efeitos, podendo, portanto, colocar as seguintes questões: “de que forma pode a minha posição (e.g., enquanto profissional de saúde, de investigação, docente, etc.) contribuir para a forma como interajo com as pessoas participantes? De que forma podem outras posições que tomo (e.g., enquanto pessoa feminista, cisgénero, aliada...) influenciar as minhas crenças e práticas?”.

CONCLUSÃO

Considerando os modelos destacados – categorização de perfis, modelos de estádios e abordagem narrativa – reconheceu-se, através de uma análise crítica, que os dois primeiros, apesar dos seus contributos, enfrentaram algumas limitações, sendo a principal a perspetiva linear e redutora sobre o desenvolvimento da IG. Assim, atendendo à natureza mutável das vivências de IG, a abordagem narrativa apresentou-se como a mais adequada para o estudo deste tipo de vivências, por permitir amplificar as vozes da população em estudo e acompanhar a evolução social e histórica das suas narrativas. Adicionalmente, a par desta abordagem, destacou-se a importância do MSMG, da interseccionalidade e da reflexividade como elementos a ter presente durante o processo de investigação, no sentido de melhor analisar e representar as narrativas trans, tendo em conta o contexto social, histórico e legal subjacente.

Este estudo contribui para a área da psicologia clínica e da saúde, no sentido em que permite informar estudos futuros quanto à abordagem mais adequada e elementos importantes a considerar, de forma a conduzir investigações sensíveis às constantes evoluções na área da IG. Desta forma, contribui também para que os estudos incidentes sobre pessoas trans tenham em conta as suas necessidades específicas e atuais, que permitirá uma prática e intervenção clínica mais compreensiva, eficaz e promotora do bem-estar psicológico desta população.

REFERÊNCIAS

- APA [American Psychiatric Association]. (1980). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (3rd ed.). APA.
- APA [American Psychiatric Association]. (1994). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4th ed.). APA.
- APA [American Psychiatric Association]. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5th ed.). Climepsi.
- Bockting, W. O. (2009). Transforming the paradigm of transgender health: A field in transition. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(2), 103–107. <https://doi.org/10.1080/14681990903037660>
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–587. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
- Cannon, Y., Speedlin, S., Avera, J., Robertson, D., Ingram, M., & Prado, A. (2017). Transition, connection, disconnection, and social media: Examining the digital lived experiences of transgender individuals. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 11(2), 68–87. <https://doi.org/10.1080/15538605.2017.1310006>
- Carnwell, R., & Daly, W. (2001). Strategies for the construction of a critical review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 1(2), 57–63. <https://doi.org/10.1054/nepr.2001.0008>
- Cass, V. C. (1979). Homosexual identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219–235. https://doi.org/10.1300/j082v04n03_01
- Cohen-Kettenis, P. T., & Klink, D. (2015). Adolescents with gender dysphoria. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 29(3), 485–495. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2015.01.004>
- Cohler, B. J., & Hammack, P. L. (2006). The psychological world of the gay teenager: Social change, narrative, and “normality.” *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), 47–59. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9110-1>
- Collins PH, Bilge S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press
- Devor, A. (2004). Witnessing and mirroring: A fourteen stage model of transsexual identity formation. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 8(1), 41–67. <https://doi.org/10.1080/19359705.2004.9962366>

- Dhamoon, R. K. & Hankivsky, O. (2011). Why the theory and practice of intersectionality matter to health research and policy. In O. Hankivsky (Eds.), *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices* (pp. 16-50). UBC Press.
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Durwood, L., McLaughlin, K., & Olson, K. (2017). Mental health and self-worth in socially transitioned transgender children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(2), 116–123. doi:10.1016/j.jaac.2016.10.016
- Ekins, R., & King, D. (2010). The emergence of new transgendering identities in the age of the internet. In S. Hines & T. Sanger (Eds.), *Transgender Identities: Towards a Social Analysis of Gender Diversity* (pp. 25-42). Routledge.
- Gagné, P., Tewksbury, R., & McGaughey, D. (1997). Coming out and crossing over. *Gender & Society*, 11(4), 478–508. <https://doi.org/10.1177/089124397011004006>
- Green, J. (2004). *Becoming a visible man*. Vanderbilt University Press.
- Grossman, A. H., & D’augelli, A. R. (2006). Transgender youth. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 111–128. https://doi.org/10.1300/j082v51n01_06
- Haimson, O. L., Dame-Griff, A., Capello, E., & Richter, Z. (2021). Tumblr was a trans technology: The meaning, importance, history, and future of trans technologies. *Feminist Media Studies*, 21(3), 1–17. <https://doi.org/10.1080/14680777.2019.1678505>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: an adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Hilário, A. P. (2018). Rethinking trans identities within the medical and psychological community: A path towards the depathologization and self-definition of gender identification in Portugal? *Journal of Gender Studies*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/09589236.2018.1544066>
- Hines, S., & Santos, A. C. (2017). Trans* policy, politics and research: The UK and Portugal. *Critical Social Policy*, 38(1), 35–56. <https://doi.org/10.1177/0261018317732880>
- Inch, E. (2016). Changing minds: The psycho-pathologization of trans people. *International Journal of Mental Health*, 45(3), 193-204. <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1204822>
- Kenneady, D. A., & Oswalt, S. B. (2014). Is Cass’s model of homosexual identity formation relevant to today’s society? *American Journal of Sexuality Education*, 9(2), 229–246. <https://doi.org/10.1080/15546128.2014.900465>
- Kennedy, N., & Hellen, M. (2010). Transgender children: more than a theoretical challenge. *Graduate Journal of Social Science*, 7(2), 25–43.

- Korell, S. C., & Lorah, P. (2007). An overview of affirmative psychotherapy and counseling with transgender clients. In K.J. Bieschke., R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (pp. 271–288). APA.
- Kuper, L. E., Wright, L., & Mustanski, B. (2018). Gender identity development among transgender and gender nonconforming emerging adults: An intersectional approach. *International Journal of Transgenderism*, *19*(4), 436–455. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1443869>
- Lev, A. I. (2004). *Transgender emergence: therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Routledge.
- Marques, J. G., Vieira, F., Gonçalves, M., & Santos, J. C. (2012). Transexualidade: Aspectos psiquiátricos e médico-legais. *Psiquiatria Clínica*, *33*(2), 121–130.
- Merlini, S. (2020). *Género e transgressão: (Des)fazendo o masculino e o feminino em Portugal e no Reino Unido*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Moon, I. (2018). “Boying” the boy and “giruling” the girl: From affective interpellation to trans-emotionality. *Sexualities*, *0*(0). <https://doi.org/10.1177/1363460717740260>
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2015). Gender trajectories: transsexual people coming to terms with their gender identities. *Professional Psychology: Research and Practice*, *46*(1), 12–20. <https://doi.org/10.1037/a0036487>
- Pinto, N., & Moleiro, C. (2020). Legal gender recognition in Portugal: A path to self-determination. *International Journal of Gender, Sexuality and Law*, *1*(1). <https://doi.org/10.19164/ijgsl.v1i1.991>
- Pollock, L., & Eyre, S. L. (2012). Growth into manhood: Identity development among female-to-male transgender youth. *Culture, Health & Sexuality*, *14*(2), 209–222. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.636072>
- Quinn, S., & Hancock, A. (2023). Guidance for research with trans and gender-diverse people. *Seminars in Speech and Language*, *44*(2), 119–136. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1762568>
- Saewyc, E., M., Chamberland, L., DeLongis, A., Émond, G., Gahagan, J., Grace, A. P., Metzger, D., Peter, T., Smith, A., Taylor, C., Travers, R., Travers, A., Wells, K., Vaele, J., Adjei, J., Apuanda, D., Callaghan, T., Coronel, M., Clark, B., Dobson, S., et al. (2015). *Being safe, being me: Results of the Canadian trans youth health survey*. School of Nursing: University of British Columbia. Retrieved from: https://apsc-saravyc.sites.olt.ubc.ca/files/2018/04/SARAVYC_Trans-Youth-Health-Report_EN_Final_Web2.pdf

- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2015). More than two developmental pathways in children with gender dysphoria? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(2), 147–148. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.016>
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *16*(4), 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.- L., Jamieson, A., & Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, *19*(2), 212–224. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Vermeir, E., Jackson, L. A., & Marshall, E. G. (2018). Barriers to primary and emergency healthcare for trans adults. *Culture, Health and Sexuality*, *20*, 232–246. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1338757>
- Wesp, L. M., Malcoe, L. H., Elliott, A., & Poteat, T. (2019). Intersectionality research for transgender health justice: A theory-driven conceptual framework for structural analysis of transgender health inequalities. *Transgender Health*, *4*(1), 287–296. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0039>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Coordenado por Luís Querido. Editores: Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO CANCRO DA MAMA NOS COMPANHEIROS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Diana Marinho¹ (38635@ufp.edu.pt) & Isabel Silva²

¹Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

²FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Nas mulheres, o cancro da mama é a neoplasia mais frequentemente diagnosticada e a principal causa de morte por cancro (Bray et al., 2018), sendo atualmente diagnosticados em Portugal, 7000 novos casos de cancro da mama por ano (Liga Portuguesa Contra o Cancro [LPCC], 2023). Cada diagnóstico é singular e vivenciado de forma particular, podendo desencadear inúmeras reações (Brandão & Matos, 2015; Larsen, 2014). No entanto, as consequências pessoais e psicossociais do diagnóstico e tratamento do cancro da mama não se esgotam apenas nas pacientes, afetando também os seus companheiros e outros familiares (Corney et al., 2016). As experiências sobre as mudanças vividas pelos companheiros das mulheres com cancro da mama são ainda pouco conhecidas (Montford et al., 2016). Durante o diagnóstico, tratamento e reabilitação da mulher com cancro da mama, os companheiros vivenciam sentimentos como desassossego, abatimento, sofrimento, abalo, transtorno, aflição, medo da perda da parceira (Cecilio et al., 2012) e incerteza (Montford et al., 2016). A par desta situação, a dinâmica familiar e os papéis dos respetivos membros são alterados, no que se refere à responsabilidade pelas tarefas domésticas, o cuidado com a sua esposa, além da atividade laboral (Neris & Anjos, 2014) e responsabilidades com os filhos (Fitch & Allard, 2007). O impacto de uma doença com risco de vida, o seu tratamento e possíveis efeitos secundários, juntamente com as preocupações de uma possível recidiva e um futuro incerto podem causar sofrimento considerável para as doentes, companheiros e familiares (Corney et al., 2016). Esta doença pode ainda influenciar a sexualidade do casal e a qualidade da sua relação conjugal (Harirchi et al., 2012), sendo encarado como um desafio que causa ansiedade, depressão e disfunção sexual na mulher e no companheiro (Baucom et al., 2009).

A presente revisão sistemática da literatura teve como objetivos (1) descrever o impacto do diagnóstico e tratamento do cancro da mama em companheiros de mulheres com esta doença e (2) identificar e descrever os instrumentos disponíveis para avaliar o impacto do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas nos mais diversos níveis. Neste sentido, foi formulada a seguinte questão de investigação: *Qual o impacto do cancro da mama nos companheiros das mulheres diagnosticadas com esta doença e como tem sido avaliado esse impacto?*

MÉTODO

Esta revisão sistemática segue as recomendações propostas no guia Preferred Reported Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Liberati, 2009).

Assim, os critérios de inclusão foram: texto integral de publicações dos últimos 10 anos, em inglês ou português; os participantes têm 18 ou mais anos de idade; os participantes são companheiros de mulheres que têm ou tiveram cancro da mama; e apenas foram incluídos estudos empíricos. Foram considerados critérios de exclusão os artigos de revisão da literatura. Como método de pesquisa foi utilizada a base de dados eletrónica B-On. O procedimento de pesquisa teve os seguintes passos: foi selecionada a pesquisa avançada e foi utilizada a seguinte expressão booleana (questionnaire or survey or scale or instrument) AND breast cancer AND marital roles AND (partner or spouse). Para todos os descritores da pesquisa não foi adicionado um campo opcional. Para além disso, as opções “texto integral” e “analisado pelos pares” foram selecionadas, sendo eliminadas as opções “pesquisar também no texto integral dos artigos” e “aplicar assuntos equivalentes”. A data de publicação considerada foi desde 1 de janeiro de 2012 e não foi colocado limite de término. A pesquisa foi realizada no dia 21 de dezembro de 2022, sendo que no total obtiveram-se 11 artigos (Figura 1).

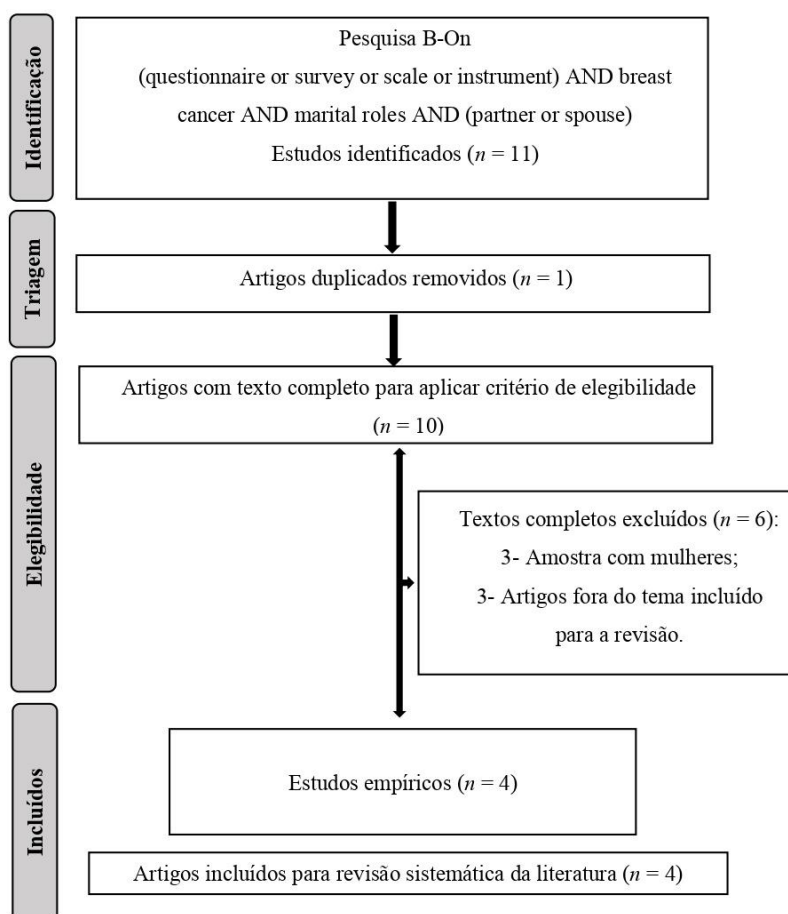


Figura 1. Fluxograma com fases de seleção de artigos

RESULTADOS

A data de publicação dos quatro artigos selecionados para análise em profundidade varia entre 2013 (Moreira & Canavarro, 2013) e 2018 (Yeung et al., 2018). Os estudos incluídos nesta revisão foram realizados em Portugal (Moreira & Canavarro, 2013), Estados Unidos da América (Rock et al., 2014), Suíça (Notari et al., 2017) e China (Yeung et al., 2018). Em termos do desenho de estudo, todos os estudos incluídos têm um desenho de investigação transversal quantitativo. A dimensão da amostra dos estudos varia entre 144 participantes (Notari et al., 2017) e 176 participantes (Yeung et al., 2018).

Relativamente ao objetivo principal dos estudos, a maioria deles foi direcionada para a análise da vivência do companheiro de mulheres com cancro da mama, nomeadamente o ajustamento psicológico, as experiências de culpa e de carga subjetiva de cuidar e a satisfação conjugal. As variáveis destes estudos podem ser organizadas nos seguintes domínios: Qualidade de vida e Bem-estar (Moreira & Canavarro, 2013), intimidade e satisfação conjugal (Moreira & Canavarro, 2013), sobrecarga e culpa do cuidador (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018), perceção de apoio social (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018), esperança e otimismo (Rock et al., 2014; Yeung et al., 2018), ajustamento psicológico (Moreira & Canavarro., 2013; Rock et al., 2014), coping (Notari et al., 2017; Yeung et al., 2018) e ainda as Normas de Género de Masculinidade (Yeung et al., 2018).

Quadro 1. *Resumo dos artigos analisados*

Autor, Ano, País	Tipo de estudo e objetivos	Amostra	Instrumento e o que avalia
Moreira e Canavarro, 2013 Portugal	Estudo transversal quantitativo. Investigar o ajustamento psicossocial e qualidade de vida dos companheiros de pacientes com cancro da mama, comparando-os com companheiros de mulheres sem histórico de cancro; analisar o papel da intimidade conjugal no ajustamento dos companheiros.	140 Homens: 70 companheiros de mulheres com cancro de mama e 70 companheiros de mulheres sem histórico de cancro da mama.	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): níveis de depressão e ansiedade. - World Health Organization Quality of Life-BREF instrument (WHOQOL-BREF): percepções subjetivas de qualidade de vida. - Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIR): intimidade conjugal.
Yeung et al., 2018 China	Estudo transversal quantitativo. Examinar a relação entre experiência de culpa e sobrecarga do cuidador, satisfação conjugal e comportamentos de proteção em maridos de mulheres com cancro de mama.	176 Maridos de pacientes com cancro da mama diagnosticado nos estágios 0-3 nos últimos 3 anos e submetidas a cirurgia.	<ul style="list-style-type: none"> - Caregiver Guilt Scale: culpa do cuidador. - Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA): impactos negativos do cuidar nos participantes. - 4-item Couple Satisfaction Index (CSI): satisfação dos companheiros (participantes) com o seu relacionamento conjugal. - 2 itens modificados do Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS): procura de apoio emocional e instrumental dos maridos pelas mulheres. - Escala de 9 itens para medir os comportamentos de proteção dos participantes - Subescala de aceitação do Brief Cope (Brief COPE): estratégias de coping utilizadas pelos participantes para lidar com os stressores relacionados com o cuidado do cancro da mama. - Conformity to Masculine Norms Inventory-46 (CMNI-46) (2 itens) - 2 Itens criados para avaliar a percepção de normas de género de masculinidade. - Medical outcomes study (SF-36) (Subescala do estado geral de saúde): estado geral de saúde dos participantes.

15º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Autor, Ano, País	Tipo de estudo e objetivos	Amostra	Instrumento e o que avalia
Rock et al., 2014 USA	Estudo transversal quantitativo Avaliar o impacto da esperança e do otimismo na satisfação conjugal em casais (companheiro e paciente) com cancro da mama.	56 Díades companheiro-paciente com cancro da mama	<ul style="list-style-type: none"> - Questão: “how would you rate your overall health?”: percepção pessoal de saúde. - Profile of Mood States-Standard Form (POMS): ajustamento psicológico. - Adult Hope Scale (AHS): esperança do companheiro e da paciente. - Life Orientation Test-Revised (LOT-R): otimismo do companheiro e da paciente. - The Marital Adjustment Test: satisfação conjugal da paciente.
Notari et al., 2017. Suíça	Estudo transversal quantitativo. Avaliar a carga subjetiva dos companheiros de mulheres com cancro da mama não metastático e a sua evolução ao longo do tempo; examinar a contribuição única da satisfação dos companheiros de mulheres com cancro da mama não metastático para a carga subjetiva.	97 Pacientes com cancro da mama e 47 companheiros de mulheres com cancro da mama.	<ul style="list-style-type: none"> - Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): angústia psicológica do paciente. - Zarit Burden Interview-12 (ZBI-12): carga subjetiva do companheiro. - Individual Coping Questionnaire (INCOPE-2R): coping. - Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6): satisfação com o suporte social percebido. - Relationship Assessment Scale (RAS): satisfação da relação do companheiro.

Impacto da doença e coping

Qualidade de vida e bem-estar: No estudo de Moreira e Canavarro (2013) verificou-se que os companheiros de mulheres com cancro da mama apresentam, comparativamente com os companheiros de mulheres saudáveis, qualidade de vida mais pobre nos domínios geral, físico e psicológico.

Intimidade e satisfação/relação conjugal: Não existem diferenças significativas no que respeita ao domínio social da qualidade de vida entre companheiros de mulheres com e sem cancro da mama (Moreira & Canavarro, 2013). Para os dois grupos, este domínio encontra-se associado com a intimidade (Moreira & Canavarro, 2013): companheiros que relatam maior intimidade, demonstram maior qualidade de vida social. No entanto, os resultados mostraram existir diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos, com os companheiros de mulheres com cancro da mama a reportarem níveis mais elevados de intimidade no seu relacionamento (Moreira & Canavarro, 2013). Os companheiros de mulheres saudáveis reportaram menos intimidade no seu relacionamento do que os companheiros de mulheres que realizaram quimioterapia, independentemente de terem ou não sido submetidas a cirurgia (Moreira & Canavarro, 2013).

Sobrecarga e culpa do cuidador: Relativamente ao estudo de Yeung et al. (2018), uma maior satisfação conjugal foi associada a uma maior culpa do cuidador quando os companheiros de mulheres com cancro da mama adotam menos comportamentos de proteção. Contudo, num outro estudo a satisfação conjugal foi associada ao nível de carga subjetiva, revelando que quanto maior a satisfação conjugal, menor a carga subjetiva nos 3 meses pós cirurgia (Notari et al., 2017). Yeung et al. (2018) afirma que a sobrecarga do cuidado se encontra associada com a culpa do cuidador, verificando-se que uma maior culpa está associada ao facto de ser um cuidador mais jovem, não adotar normas de género de masculinidade, menor nível geral de saúde e menos horas médias de prestação de cuidados. Os autores adiantam a possibilidade de tal se dever à cultura oriental ou à perceção de carga, que pode fazer com que a pessoa se sinta incapaz de cumprir as obrigações de cuidar, o que pode resultar numa maior culpa do cuidador (Yeung et al., 2018). Já anteriormente Notari et al. (2017) haviam verificado que o nível de carga subjetiva está associada a idades jovens do companheiro sempre que a companheira realiza a disseção de nódulo axilar linfático, ou ainda com o *distress* da mesma nos 3 meses pós cirurgia.

Perceção de apoio social: A procura de apoio social é outro fator associado à maior culpabilidade do cuidador, mas apenas entre aqueles com maior nível de adoção de normas de género de masculinidade. As normas de género de masculinidade revelaram moderar a relação entre a busca de apoio social e a culpa (Yeung et al., 2018). No estudo de Notari et al. (2017) foi avaliada a satisfação com o apoio social percebido através do instrumento SSQ6, verificando-se a presença de um elevado nível geral de apoio social percebido, e encontrando-se esse apoio associado positivamente com a carga subjetiva.

Esperança e otimismo: A percepção geral de saúde no estudo de Yeung et al. (2018) está estatisticamente correlacionada com a culpa, enquanto no estudo de Rock et al. (2014) esta está correlacionada com a esperança e o otimismo das pacientes. Neste último estudo, elevada esperança da paciente está relacionada com maior satisfação conjugal da mesma e a esperança e otimismo por parte do parceiro está relacionada com maior satisfação conjugal da paciente (Rock et al., 2014). Pacientes e companheiros relataram níveis semelhantes de esperança e otimismo (Rock et al., 2014).

Ajustamento Psicológico: Um maior ajustamento psicológico dos companheiros de mulheres com cancro da mama está relacionado com uma maior esperança e otimismo da paciente. Esperança e otimismo do companheiro estão relacionados, tal como a esperança e otimismo das pacientes, contudo os níveis de otimismo dos companheiros e das pacientes não estão relacionados entre si. Esperança é um forte preditor mas o otimismo não é um forte preditor na satisfação conjugal (Rock et al., 2014). Em oposição ao descrito no estudo de Rock et al. (2014), Moreira e Canavarro (2013) verificaram que a falta de ajustamento psicológico dos companheiros de mulheres com cancro da mama aquando o diagnóstico se reflete em níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos, bem como numa qualidade de vida mais pobre.

Coping: O coping permitiu verificar que a aceitação está correlacionada com a menor culpa dos cuidados. Apenas foi mensurada a aceitação geral e não os aspetos específicos da aceitação. No estudo de Notari et al. (2017), foi possível verificar que geralmente os companheiros utilizam mais o coping funcional do que o disfuncional.

Instrumentos de avaliação do impacto

Qualidade de vida e bem-estar: A percepção individual de qualidade de vida foi mensurada através do WHOQOL-BREF (Moreira & Canavarro, 2013). Esta escala compreende 26 itens nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente e cada subescala utiliza uma resposta de cinco pontos, onde pontuação mais alta indica uma melhor qualidade de vida (Moreira & Canavarro, 2013).

Intimidade e satisfação conjugal: A intimidade foi avaliada através do questionário Personal Assessment of Intimacy in Relationship (PAIR) (Moreira & Canavarro, 2013). O questionário de autorrelato contém 36 itens, utiliza uma escala de cinco pontos de tipo Likert de 0 a 4 e mede o grau de intimidade em um relacionamento diádico (Moreira & Canavarro, 2013). A satisfação conjugal das pacientes foi avaliada através do Marital Adjustment Test, constituído por 15 itens e com pontuação que varia entre 2 a 158 (Rock et al., 2014). Altas pontuações indicam uma maior satisfação conjugal. A satisfação conjugal do companheiro foi avaliada através da escala Relationship Assessment Scale (RAS) (Notari et al., 2017). Cada 7 itens são avaliados por uma escala de cinco pontos de tipo Likert, que varia entre 1 e 5 e uma pontuação mais elevada indica uma maior satisfação (Notari et al., 2017). Avaliação da satisfação dos companheiros (participantes) com o seu relacionamento conjugal foi realizada através do 4-item Couple

Satisfaction Index (CSI) e uma pontuação alta indica alto nível de satisfação (Yeung et al., 2018).

Sobrecarga e culpa do cuidador: A carga subjetiva do companheiro foi avaliada através do instrumento Zarit Burden Interview-12 (ZBI-12), que é constituído por 12 itens com pontuação através de uma escala de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 0 e 4 (Notari et al., 2017). Pontuação mais elevada indica uma melhor carga subjetiva percebida pelo companheiro (Notari et al., 2017). A culpa do cuidador foi avaliada através de 2 itens da escala Caregiver Guilt Scale, classificada através de uma escala de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 1 e 5 (Yeung et al., 2018). Os itens foram “*I have felt guilty for not helping this person enough*” e “*I have felt guilty for leaving this person alone*”. Pontuação média mais alta indica nível mais elevado de culpa (Yeung et al., 2018). A Caregiver Reaction Assessment Scale (CRA) foi utilizada para medir impactos negativos do cuidar nos participantes (Yeung et al., 2018). Possui uma escala de cinco pontos de tipo Likert (1 a 5) e pontuação média mais alta indica uma carga maior para o cuidador (Yeung et al., 2018).

Perceção de apoio social: A satisfação com o apoio social percebido foi avaliada através do Social Support Questionnaire-6 (SSQ-6), constituído por 6 questões sobre o apoio social em diversos domínios (Notari et al., 2017). As respostas são classificadas através de uma escala de seis pontos de tipo Likert, entre 1 e 6, e uma pontuação mais elevada indica uma maior satisfação com o apoio social percebido (Notari et al., 2017). A medição da procura de apoio emocional e instrumental dos cônjuges com cancro da mama por parte dos participantes foi realizada através de dois itens modificados do Cancer Perceived Agents of Social Support (CPASS) (Yeung et al., 2018). Cada item oferece uma escala de resposta cinco pontos, de tipo Likert (1 a 5) e uma pontuação média mais elevada representava um apoio social mais frequente à procura do cônjuge (Yeung et al., 2018).

Esperança e otimismo: A esperança foi avaliada através do 12 item Adult Hope Scale (Rock et al., 2014). Quatro itens medem caminhos de pensamento e quatro itens medem a agência com quatro itens de enchimento (Rock et al., 2014). A concordância com cada afirmação é classificada em uma escala tipo Likert de oito pontos variando de 1 a 8 e pontuações mais altas indicam maior esperança (Rock et al., 2014). O otimismo foi avaliado através do Life Orientation Test-Revised (LOT-R), constituído por 10 itens (Rock et al., 2014). A resposta a cada afirmação é classificada numa escala do tipo Likert de cinco pontos, variando de 0 a 4 e pontuações mais altas indicam maior otimismo (Rock et al., 2014).

Ajustamento Psicológico: O ajustamento psicológico, em termos dos níveis de ansiedade e depressão, foi mensurado através da versão portuguesa da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Moreira & Canavarro, 2013). Esta escala é constituída por 14 itens e utiliza uma escala de quatro pontos que vai de 0 a 3, variando a pontuação total de cada subescala entre 0 a 21 e alta pontuação indica altos níveis de sintomatologia (Moreira & Canavarro, 2013). O ajustamento psicológico foi também avaliado através do instrumento Profile of Mood States-Standard Form (POMS) que contém 65 afirmações e utiliza uma escala de tipo Likert de cinco pontos para avaliar como se sentiram na semana passada com pontuações mais altas a indicar

um pior ajustamento psicológico (Rock et al., 2014). Esta medida produz subescalas derivadas analiticamente de seis fatores, que são somadas para produzir uma perturbação total do humor (Rock et al., 2014). A angústia psicológica da paciente foi avaliada através do Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18), constituído por 18 itens que avaliam sintomas ansiosos, depressivos e somatização (6 itens por dimensão) (Notari et al., 2017). Cada item é avaliado numa escala de cinco pontos de tipo Likert que variam de 0 a 4 e uma pontuação mais elevada indica maior angústia psicológica (Notari et al., 2017).

Coping: O Coping foi avaliado através do questionário Individual Coping Questionnaire (INCOPE-2R), constituído por um conjunto de 21 itens que descreve diferentes reações cognitivas, emocionais e comportamentais, que as pessoas podem adotar face a uma situação stressante (Notari et al., 2017). Cada item é classificado através de uma escala de cinco pontos de tipo Likert que varia entre 1 e 5. Os itens estão agrupados em 2 categorias, nomeadamente funcional e disfuncional (Notari et al., 2017). Alta pontuação indica o uso de Coping funcional e baixa pontuação indica o uso de Coping disfuncional (Notari et al., 2017). As estratégias de Coping foram, ainda, avaliadas através da Subescala de aceitação do Brief cope (Brief COPE) avaliada por uma escala de 4 pontos de Likert (1 a 4) e uma pontuação mais alta indica o uso mais frequente da aceitação (Yeung et al., 2018).

Comportamentos de proteção: A medição dos comportamentos de proteção dos participantes foi realizada através de uma escala de 9 itens para medir os comportamentos de proteção dos participantes, classificada através de uma escala de 5 pontos de Likert (1 a 5), onde uma pontuação média mais alta indica comportamentos de proteção mais frequentes (Yeung et al., 2018).

Normas de género de masculinidade: A perceção de normas de género de masculinidade foi avaliada através de 2 itens modificados do Conformity to masculine norms inventory-46 (CMNI-46) (2-item: “Men should be fearless” ; “A man should rely on himself when dealing with his problems”) e 2 Itens criados por académicos de doutoramento em de psicologia (“Men should protect his loved ones” ; “Men should put work as his first priority”) (Yeung et al., 2018). Escala de 4 pontos de Likert (1 a 4) e uma pontuação média mais elevada indicou níveis mais elevados de endosso das normas de função de género (Yeung et al., 2018).

Perceção do estado de saúde: A perceção pessoal de saúde foi avaliada através de uma questão “how would you rate your overall health?” e o item, que oferece uma escala de resposta de cinco pontos de tipo Likert, varia entre 0 e 4 (Rock et al., 2014). O estado geral de saúde dos participantes foi avaliado através do Medical Outcomes Study (SF-36) (Yeung et al., 2018). As pontuações variam entre 0 e 100 nas subescalas, com pontuações mais altas indicando níveis mais altos de saúde geral nas últimas 4 semanas (Yeung et al., 2018). Ainda que tenham avaliado o mesmo a partir do SF-36, num estudo foi utilizada a subescala de saúde geral (Yeung et al., 2018) e noutra estudo foi utilizado o primeiro item do instrumento referente à perceção geral de saúde (Rock et al., 2014).

DISCUSSÃO

Em contexto específico de cancro da mama, o ajustamento conjugal parece ser um importante fator que explica a adaptação psicológica para a mulher doente e para o seu companheiro (Manne et al., 2004; Zimmermann et al., 2010). Para os companheiros de mulheres com cancro da mama, a ausência de quimioterapia foi associada a um maior ajustamento conjugal (Brandão et al., 2017), assim como um melhor ajustamento conjugal está associado com baixos níveis de distress e elevados níveis de bem-estar psicológico (Baucom et al., 2012).

O ajustamento psicológico está associado com o ajustamento conjugal, especificamente, sintomas depressivos estão associados com baixo ajustamento conjugal e a alta qualidade de vida psicológica está associada com um maior ajustamento conjugal (Lewis et al., 1993; Moreira et al., 2010). Os resultados encontrados por Moreira e Canavarro (2013) corroboram esta afirmação, uma vez que um pior ajustamento psicológico dos companheiros das mulheres com cancro da mama reflete-se em níveis elevados de sintomas depressivos e ansiosos e qualidade de vida mais pobre.

Há menos qualidade de vida entre maridos de mulheres com cancro da mama do que entre os maridos de mulheres saudáveis (Wagner et al., 2006). No entanto, apesar do sofrimento psicológico vivenciado, no estudo de Wagner et al. (2011) foi possível apurar que muitos companheiros encontram benefícios em cuidar das esposas com cancro da mama, relatando níveis mais altos de intimidade e proximidade com as mesmas, tal como no estudo de Moreira e Canavarro (2013), em que os companheiros de mulheres que realizaram quimioterapia reportam maior intimidade, independentemente da cirurgia realizada. De facto, muitos casais relatam que a experiência de cancro da mama e os seus tratamentos com efeitos adversos fortaleceram o seu relacionamento, aumentando os sentimentos de intimidade e proximidade (Dorval et al., 2005).

A esperança foi associada à satisfação conjugal, nomeadamente, mais esperança foi associada com altos níveis de satisfação conjugal (Rock et al., 2014). Contudo, nem a esperança nem o otimismo parecem estar associados de forma significativa à satisfação conjugal, não existindo até ao momento nenhum estudo sobre esperança e otimismo com companheiros de mulheres com cancro da mama.

O importante papel do apoio social na adaptação do cancro da mama, bem como no ajustamento conjugal numa perspetiva, é bastante reconhecido (Lawrence et al., 2008). É importante notar que o apoio negativo se encontra associado a um menor ajustamento conjugal, sugerindo que nem todo tipo de apoio fornecido é adequado, ditando ainda que mais importante do que a quantidade de apoio é a qualidade do apoio (Lawrence et al., 2008).

A cultura tem um impacto nas respostas dos companheiros à doença de suas esposas (Kadmon et al., 2004). A procura de apoio social por parte do companheiro parece estar associada com maior culpa e segundo Taylor et al., (2007) os cuidadores são mais propensos a sentirem-se superbeneficiados ou subinvestidos no relacionamento conjugal se procurarem apoio social na

companheira com cancro da mama. A procura de apoio social pode provocar fraquezas e falta de autoconfiança entre os homens (Addis & MahaliK, 2003), aumentando a culpa do cuidador. A influência significativa da culpa do cuidador na qualidade de vida dos companheiros de mulheres com cancro de mama foi relatada num estudo (Duggleby et al., 2012). Têm sido relatados sentimentos de culpa como fator contribuinte para a qualidade de vida (Spillers et al., 2008) relatando uma relação inversa de competência de cuidador e culpa do cuidador em cuidadores familiares de sobreviventes de cancro. Os cuidadores podem sentir culpa quando pensam que não fizeram o suficiente e quando não podem lidar com as tarefas de cuidado (Erlingsson, et al., 2012) tal como no estudo de Yeung et al. (2018) onde foi identificado maior sentimento de culpa quando existem menos comportamentos de proteção.

A satisfação conjugal parece estar associada com baixa carga de cuidado (Yeung et al., 2019). Os homens experimentam maior carga de cuidado 3 meses após mastectomia da mulher, parecendo levar tempo a ter perceção sobre “o fardo” de cuidar (Chronopoulou et al., 2016), resultados que corroboram com Notari et al. (2017), nomeadamente, os companheiros relatam maior carga 3 meses após a cirurgia da mulher com cancro da mama. Os maridos podem ser vulneráveis como a principal fonte de apoio dos seus cônjuges, uma vez que são os prestadores de cuidados de mulheres com cancro da mama (Chronopoulou et al., 2016), experimentando um fardo significativo e tensão do papel que cumprem, mas também podem perceber aspetos positivos (Wagner et al., 2011).

Reblin et al (2016) conclui que cuidadores com relacionamentos de apoio relataram sobrecarga significativamente menor. Embora a qualidade do relacionamento não tenha predito significativamente a ansiedade e a depressão de forma direta, encontramos uma relação indireta significativa em que a sobrecarga mediou completamente a relação entre a qualidade do relacionamento e essas medidas de sofrimento (Reblin et al., 2016). A constatação de que a qualidade do relacionamento está relacionada à sobrecarga do cuidador é consistente com a ideia de que a sobrecarga do cuidador pode ser subjetiva e não necessariamente ligada à dificuldade da tarefa (Reblin et al., 2016).

O coping diádico também parece estar associado ao ajustamento conjugal, tanto para as mulheres, quanto para os seus companheiros. De facto, um coping diádico mais negativo, caracterizado por distanciamento, crítica ou diminuição das necessidades do paciente, pode representar desafios específicos para o ajustamento conjugal e contribuir para aumentar o sofrimento psíquico vivenciado pelas mulheres e seus companheiros (Regan et al., 2014). Pelo contrário, um coping diádico mais positivo ou comum pode aproximar os casais e ajudá-los a desenvolver os recursos de que necessitam para enfrentar melhor a doença (Regan et al., 2014).

Dos 4 estudos incluídos para esta revisão sistemática da literatura, foi possível verificar a utilização de vários instrumentos diferentes para avaliar os companheiros durante o diagnóstico de cancro da mama das suas companheiras em diversas dimensões, contudo, os instrumentos não são específicos para avaliar esta população em particular, sendo ainda instrumentos gerais utilizados no campo da psicologia. Desta forma, a investigação parece adotar instrumentos

genéricos para avaliação do impacto na vida dos companheiros de mulheres com cancro da mama (Hayati et al., 2022; Lawrence et al., 2008; Vizehfar et al., 2023), correndo o risco de não conseguir captar toda a sua especificidade.

Conforme Vizehfar et al. (2023), a investigação sobre os efeitos do diagnóstico e tratamento do cancro na qualidade de vida e sofrimento dos companheiros de mulheres com cancro da mama mostrou que, além da paciente, é importante dar atenção às necessidades de saúde e qualidade de vida de seus companheiros, uma vez que apresentam um papel fundamental de suporte para as esposas com a patologia. É evidente a necessidade de trabalhar com pacientes e os seus companheiros (Vizehfar et al., 2023). O desenvolvimento de programas de intervenção eficazes e que respondam de facto às necessidades reais dos companheiros, implica a existência de instrumentos de avaliação específicos, sensíveis às particularidades da situação vivida. Compreendemos, assim, a urgência de desenvolver tais instrumentos.

REFERÊNCIAS

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, *58*, 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Baucom, D. H., Kirby, J. S., Pukay-Martin, N. D., Porter, L. S., Fredman, S. J., Gremore, T. M., Keefe, F. J., & Atkins, D. (2012). Men's psychological functioning in the context of women's breast cancer. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*(2), 317–329. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00133.x>
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., Fredman, S. J., Stanton, S. E., Scott, J. L., Halford, K. W., & Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology*, *18*, 276–283. <https://doi.org/10.1002/pon.1395>
- Brandão, T., Pedro, J., Nunes, N., Martins, M. V., Costa, M. E., & Matos, P. M. (2017). Marital adjustment in the context of female breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *26*, 2019–2029. <https://doi.org/10.1002/pon.4432>
- Brandão, T., & Matos, P. (2015). Eficácia das intervenções psicológicas em grupo dirigidas a mulheres com cancro da mama: Uma revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *33*(1), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.01.001>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*, 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>

- Cecilio, S.G., Sales, J.B., Pereira, N.P.A., & Maia, L.L.Q.G.N. (2012). A visão do companheiro da mulher com histórico câncer de mama. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 23-31. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130003>
- Chronopoulou, K., Sakkas, D., & Damigos, D. (2016). Caregiving burden and psychological distress of breast cancer patients' husbands after mastectomy. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), 909–913.
- Corney, R., Puthussery, S., & Swinglehurst, J. (2016). Couple relationships in families with dependent children after a diagnosis of maternal breast cancer in the United Kingdom: Perspectives from mothers and fathers, *Journal of Psychosocial Oncology*, 34(5), 413-431. <https://doi.org/10.1080/07347332.2016.1199080>
- Dorval, M., Guay, S., Mondor, M., Mâsse, B., Maurice, F., Robidoux, A., Deschênes, L., & Maunsell, E. (2005). Couples who get closer after breast cancer: frequency and predictors in a prospective investigation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3588-3596. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.01.628>
- Duggleby, W., Bally, J., Cooper, D., Doell, H., & Thomas, R. (2012). Engaging hope: The experiences of male spouses of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(4), 400–406. <https://doi.org/10.1188/12.ONF.400-406>
- Erlingsson, C. L., Magnusson, L., & Hanson, E. (2012). Family caregivers' health in connection with providing care. *Qualitative Health Research*, 22(5), 640–655. <https://doi.org/10.1177/1049732311431247>
- Fitch, M. I., & Allard, M. (2007). Perspectives of husbands of women with breast cancer: Information needs. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(2), 79–90. <https://doi.org/10.5737/1181912x1727983>
- Harirchi, I., Montazeri, A., Bidokhti, F. Z., Mamishi, N., & Zendehtdel, K. (2012). Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 31(20), 2-6. <http://www.jeccr.com/content/31/1/20>
- Hayati, R., Zahrani, S.T., Akbari, S.A.A., & Zadeh, F.E. (2022). A descriptive comparative study of marital satisfaction among healthy women and women with breast cancer. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 10(4), 3523-3528. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2022.63029.1827>
- Kadmon, I., Woloski-Wruble, A., Jiang, Y., Qiang, W., & DeKeyser, F. (2004). Social support as experienced by Chinese and Israeli husbands of women with breast cancer: A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 131–137. [https://doi.org/10.1016/S1462-3889\(03\)00071-1](https://doi.org/10.1016/S1462-3889(03)00071-1)
- Larsen, P. (2014). *Psychosocial adjustment in Lubkin's chronic illness*. Jones & Bartlett Publishers.
- Lawrence, E., Bunde, M., Barry, R.A., Brock, R.L., Sullivan, K.T., Pasch, L.A., White, G.A., Dowd, C.E., & Adams, E.E. (2008). Partner support and marital satisfaction: Support

- amount, adequacy, provision, and solicitation. *Personal Relationships*, 15(4), 445-463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2008.00209.x>
- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: the development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(4), 351–370. <https://doi.org/10.1007/BF00844777>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), 1-34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023). *O cancro da mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- 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(3), 442–454. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000127689.38525.7d>
- Montford, K. S., Dugglebu, W., Cumming, C., Thomas, R., Nekolaichunk, C., Ghosh, S., & Tonkin, K. (2016). All I can do is help’: Transition experiences of male spouse caregivers of women with breast cancer. *Canadian Oncology Nursing*, 26(4), 311-317. <https://doi.org/10.5737/23688076264312317>
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2013). Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of breast cancer patients: A comparison study with partners of healthy women. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31, 282-304. <https://doi.org/10.1080/07347332.2013.778934>.
- Moreira, H., Crespo, C., Pereira, M., & Canavarro, M.C. (2010) Marital quality among women with breast cancer: the role of marital intimacy and quality of life. *Psicooncologia*, 7(1), 61–80
- Neris, R.R., & Anjos, A.C.Y. (2014). Experiência dos cônjuges de mulheres com câncer de mama: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(5), 922-931. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500020>
- Notari, S. C., Favez, N., Notari, L., Charvoz, L., & Delaloye, J-F. (2017). The caregiver burden in male romantic partners of women with non-metastatic breast cancer: The protective role of couple satisfaction. *Journal of Health Psychology*, 22(13), 1668–1677. <https://doi.org/10.1177/1359105316633285>
- Reblin, M., Donaldson, G., Ellington, L., Mooney, K., Caserta, M., & Lund, D. (2016). Spouse cancer caregivers’ burden and distress at entry to home hospice: The role of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(5), 666–686. <https://doi.org/10.1177/0265407515588220>

- Regan, T. W., Lambert, S. D., Kelly, B., McElduff, P., Girgis, A., Kayser, K., & Turner, J. (2014). Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.04.010>
- Rock, E.E., Steiner, J.L., Rand, K.L. & Bigatti, S. M. (2014). Dyadic influence of hope and optimism on patient marital satisfaction among couples with advanced breast cancer. *Support Care Cancer*, *22*, 2351–2359. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2209-0>
- Spillers, R. L., Wellisch, D. K., Kim, Y., Matthews, A., & Baker, F. (2008). Family caregivers and guilt in the context of cancer care. *Psychosomatics*, *49*(6), 511-519. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.6.511>.
- Taylor, S. E., Welch, W. T., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychological Science*, *18*(9), 831–837. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01987.x>
- Vizeshfar, F., Dehghanrad, F., & Magharei, M. (2023). Comparison of anxiety, depression, and quality of life of husbands of women with and without breast cancer. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, *40*(1), 18-22. <https://doi.org/10.52142/omujecm.40.1.4>
- Wagner, C. D., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2006). Quality of life of husbands of women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(2), 109–120. <https://doi.org/10.1002/pon.928>
- Wagner, C. D., Tanmoy Das, L., Bigatti, S. M., & Storniolo, A. M. (2011). Characterizing burden, caregiving benefits, and psychological distress of husbands of breast cancer patients during treatment and beyond. *Cancer Nursing*, *34*(4), 21–30. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820251f5>
- Yeung, N.C.Y., Zhang, Y., Ji, Lili., & Lu, Q. (2018). Guilt among husband caregivers of Chinese women with breast cancer: The roles of male gender-role norm, caregiving burden and coping processes. *European Journal of Cancer Care*, *27*(5), 1-14. <https://doi.org/10.1111/ecc.12872>
- Yeung, N. C. Y., Zhang, Y., Ji, L., Lu, G., & Lu, Q. (2019). Correlates of sexual quality of life among husbands of Chinese breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, *40*, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.03.007>
- Zimmermann, T., Scott, J. L., & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(10), 1061–1068. <https://doi.org/10.1002/pon.1660>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

BULLYING, CYBERBULLYING E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: REVISÃO DA LITERATURA

Wanderlei Abadio de Oliveira¹ (wanderleio@hotmail.com), Sofia Xavier¹, Claudio Romualdo¹, & André Luiz Andrade¹

¹Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil

O *bullying* é um tipo de violência intencional e repetitiva que ocorre em relações marcadas por desequilíbrio de poder, podendo se manifestar de forma física, verbal, psicológica ou online (Oliveira et al., 2016; Olweus, 2012). Episódios de *bullying* elevaram-no a uma questão de saúde pública, prejudicando tanto a saúde dos adolescentes quanto seu processo de ensino-aprendizagem e desenvolvimento (Oliveira, 2016). Inicialmente, o fenómeno ocorria de forma tradicional, ou seja, nas escolas, manifestando-se de maneira física ou verbal. No entanto, com o crescimento das redes sociais e o maior acesso à internet, esse fenómeno passou a ocorrer online, sendo denominado *cyberbullying*. Este tipo específico possui todas as características do *bullying* tradicional, mas seu método de ataque é feito por meio de computadores, celulares, jogos, etc., manifestando-se em comportamentos como envio de mensagens ameaçadoras, zombarias, exposição de fotos constrangedoras e outros tipos de intimidações (Hinduja, 2010). No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, cerca de 30% dos estudantes estão envolvidos em situações de *bullying* - entre vítimas e agressores (Mello et al., 2017). Em uma meta-análise, foram encontradas taxas de 36% de vitimização por *bullying* tradicional e 15% de vitimização por *cyberbullying* em todo o mundo (Modecki et al., 2014). Em um estudo de 2016, realizado com base em uma amostra de 1.118 adolescentes, com idade média de 16 anos no sul do Brasil, foi demonstrado que 5,5% deste conjunto experimentaram tentativas de suicídio, enquanto 13,8% relataram pensamentos suicidas. A maioria dos envolvidos nos fenómenos é do sexo masculino (Alves Junior et al., 2016).

Por ser um problema que afeta a vida dos adolescentes, uma das questões mais graves é, justamente, a associação entre *bullying*, *cyberbullying* e comportamentos suicidas (entendido como pensamentos, ideação, planejamento e/ou tentativa). As vítimas dessas violências já apresentaram graves casos de ideação ou tentativa de suicídio como escape rápido para as situações vividas. Em casos extremos, as vítimas podem até chegar a cometer homicídio-suicídio, como entrar armados em suas escolas, como ato de vingança contra seus agressores ou mesmo contra a estrutura escolar que não foi capaz de protegê-las (Barbosa et al., 2016; Cuesta et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é a quarta maior causa de morte em adolescentes de 15-19 anos. O suicídio é, como toda manifestação comportamental e psicológica, um fenómeno complexo que deve ser observado em suas raízes biopsicossociais, para entender o sofrimento (de onde ele vem/veio) e por que a morte aparece como melhor solução ou única saída (Barbosa, 2016). Vale destacar que o suicídio não é apenas o ato de se matar, mas existem variáveis dentro do fenómeno, como a idealização suicida (pensamentos ou planejamentos de cometer suicídio), tentativas de suicídio ou suicide attempts (comportamentos de autolesão que não levam à morte) (Peng et al., 2020).

Este estudo teve como objetivo mapear as relações documentadas na literatura científica entre *bullying*, *cyberbullying* e comportamentos suicidas na adolescência. As revisões existentes com enfoque similar, geralmente, estabelecem critérios de inclusão específicos, incluindo subgrupos vulneráveis ou de alto risco. Estas revisões são valiosas para analisar as relações entre os fenómenos, mas podem introduzir vieses ou perspectivas particulares de cada interesse de revisão. A abordagem analítica nestas revisões também não inclui, muitas vezes, o desenho do estudo, dados de amostragem, ou avalia o impacto de outras variáveis ecológicas (por exemplo, região ou características individuais). Esta atual revisão sistemática da literatura visa considerar essas limitações, fornecendo informações mais abrangentes sobre os fenómenos e a interface entre eles. Cientificamente, a forte associação percebida entre os fenómenos em análise (*bullying*, *cyberbullying* e suicídio) justificam a realização de uma estudo mais amplo. Em termos sociais, o estudo contribuí com o oferecimento de uma síntese de evidências que analisam a relação entre graves problemas de saúde pública e poderá ser útil, principalmente, para países de língua portuguesa.

MÉTODO

Esta é uma revisão de literatura do tipo integrativa com foco na síntese de evidências e sua difusão para futura aplicabilidade prática (Souza et al., 2010). A investigação atendeu às recomendações propostas para a realização de uma revisão desse tipo e foi desenvolvida em cinco etapas: 1) formulação do problema de pesquisa, 2) coleta de dados ou pesquisa bibliográfica, 3) avaliação e, 4) análise dos dados, 5) interpretação e apresentação dos resultados.

Estratégia de Pesquisa

O protocolo de pesquisa seguiu as diretrizes *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Moher et al., 2009). Quadro bases de dados, nomeadamente, Web of Science, Scopus, PubMed e Scielo foram consultadas em 2023. Foram combinados os

seguintes termos: *bullying*; *cyberbullying*; *suicide*; *suicidal ideation*; *school*; adolescent; e seus correlatos em português quando aplicável.

Os estudos foram elegíveis para inclusão com base nos seguintes critérios: 1. artigos empíricos publicados entre 2012 e 2022 – recorte temporal se justifica pela perspectiva de incluir apenas estudos recentes sobre o tema – além disso, essa revisão pretendeu avançar a partir dos dados e análises apresentados no estudo de Hinduja & Patchin (2010); 2. textos disponíveis em inglês, português ou espanhol; 3. pesquisas que explicitassem, em alguma medida, *bullying* ou *cyberbullying* como um fator de risco associado aos comportamentos suicidas. Os critérios de exclusão aplicados foram: 1. textos de revisão ou teóricos, bem como cartas/comentários aos editores, livros e capítulos; 2. publicados antes de 2012; 3. artigos em outras línguas que não as definidas anteriormente.

Análise de Dados

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória. Especificamente, os dados foram analisados categorizados em três eixos. A primeira categoria contém os dados bibliométricos, as teorias ou conceitos utilizados nos estudos (análise metateórica). A segunda categoria (análise metamétodo) incluiu procedimentos ou aspectos metodológicos utilizados na coleta de dados em cada estudo. Por fim, a terceira categoria (metassíntese) reuniu os dados que respondem ao objetivo proposto nesta revisão e apresenta uma síntese narrativa.

RESULTADOS

Categoria 1: Análise metateórica

Na busca inicial se identificou um total de 301 artigos, sendo 71 duplicatas e artigos de outras línguas que foram excluídos. Após a leitura de títulos e resumos, 138 artigos foram excluídos, restando 92 artigos para leitura na íntegra. Após esse processo de aplicação de critérios de elegibilidade foram excluídos 67 artigos e o corpus revisado conta com 24 artigos. Na Figura 1 está apresentado o fluxo de busca e seleção dos artigos. Os artigos incluídos na revisão estão assinalados com um asterisco na lista de referências desse trabalho.

Ao examinar os dados (Quadro 1), observa-se que os países onde os estudos conduzidos de forma mais robusta são os da América do Norte, com ênfase para Canadá e Estados Unidos, totalizando um número significativo de 10 estudos. Quanto à distribuição dos estudos ao longo dos anos, verificou-se que o período de 2020 a 2022 foi o de maior produção das pesquisas, com um total de 8 estudos, mas os anos dos estudos também foram bastante variados. A maioria dos autores atuava na área da saúde.

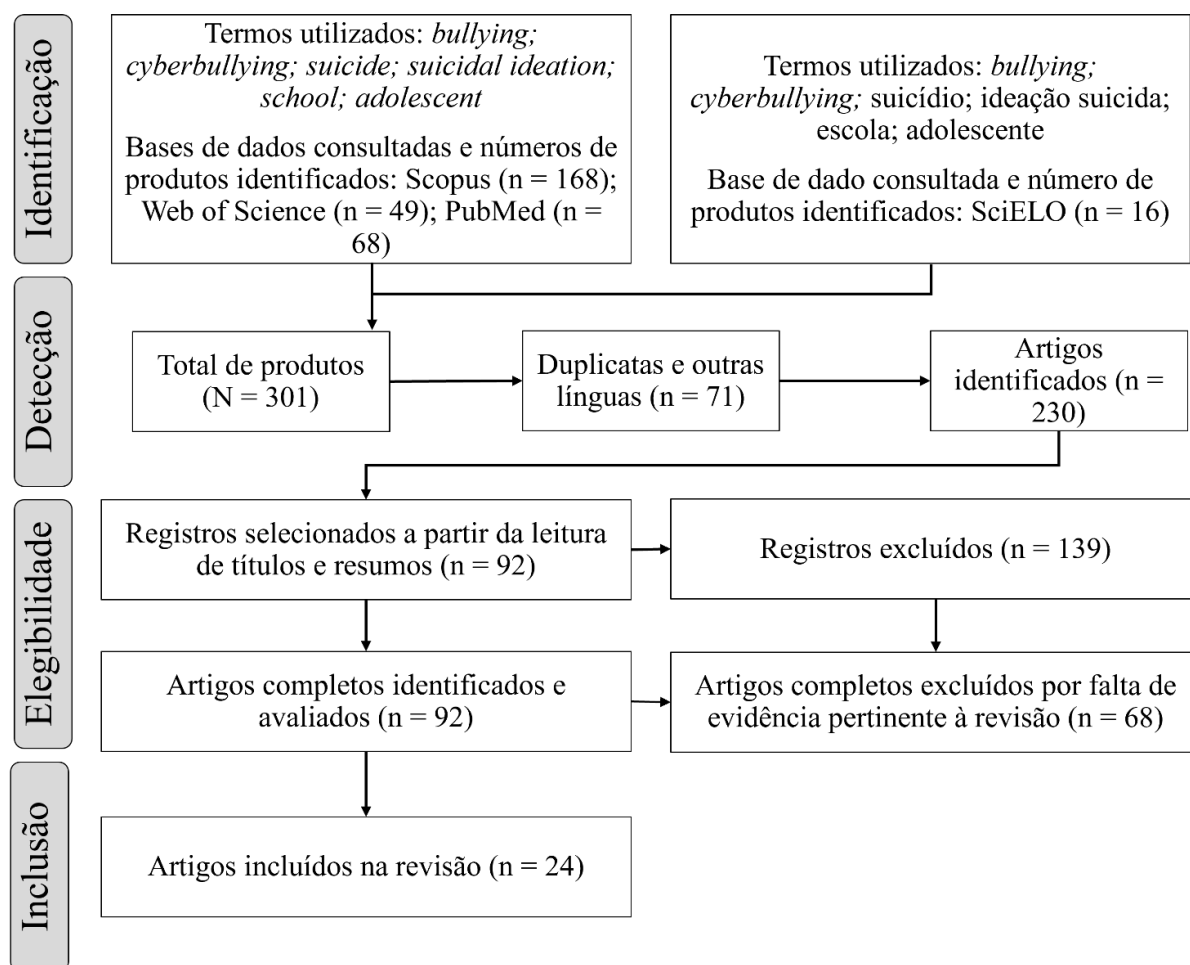


Figura 1. Diagrama de fluxo do processo de busca e seleção dos artigos da revisão integrativa seguindo as diretrizes do PRISMA.

Categoria 2: Análise metamétodo

No Quadro 1 estão apresentados dados metodológicos dos artigos incluídos nessa revisão. Também são apresentados os objetivos de cada investigação.

Os dados identificados descrevem uma variedade de estudos realizados em diferentes países e utilizando diferentes métodos de pesquisa. Os estudos envolvem um amplo espectro de participantes, com tamanhos variados de amostras e faixas etárias distintas, desde adolescentes de 10 anos até 19 anos. A maioria dos estudos adotou um design transversal (alguns desses estudos utilizaram análise secundária de dados), enquanto poucos seguiram uma abordagem longitudinal. Os países envolvidos na pesquisa são diversos, incluindo EUA, Canadá, China, Índia, Irã, Tanzânia, entre outros, refletindo uma abordagem global na investigação desses fenômenos.

Quadro 1. *Características dos estudos revisados.*

Referência	País	Amostra	Método	Objetivo
Azami & Taremiyan, 2020	Irã	400	Transversal	Examinar e comparar os papéis da vitimização tradicional e do <i>cyberbullying</i> no uso de substâncias, autoagressão e tentativas de suicídio
Baiden & Tadeo, 2020	EUA	14.603	Transversal	Avaliar a associação entre a vitimização por <i>bullying</i> e comportamentos suicidas
Baiden et al., 2019	Gana	1.633	Transversal	Examinar o efeito da vitimização por <i>bullying</i> em comportamentos suicidas
Barzilay et al., 2017	Países Europeus	11.110	Transversal	Analisar a associação entre três tipos de vitimização por <i>bullying</i> (físico, verbal e relacional) com ideação/tentativas de suicídio
Bauman et al., 2013	EUA	1.491	Transversal	Examinar associações entre depressão, comportamentos suicidas, <i>bullying</i> e experiências de vitimização
Chiu & Vargo, 2022	Filipinas	5.290	Transversal	Examinar a relação entre <i>bullying</i> e outros fatores de risco para comportamentos suicidas
Crepeau-Hobson & Leech, 2015	EUA	15.425	Transversal	Examinar a associação entre vários tipos de violência entre pares e comportamentos suicidas
Fei et al., 2022	41 países	151.184	Transversal	Explorar a associação entre vitimização por <i>bullying</i> e tipos com comportamentos suicidas
Ford et al., 2017	Austrália	3.537	Longitudinal	Associar <i>bullying</i> e resultados adversos de saúde mental e suicídio
Hasan et al., 2021	Bangladesh	280.076	Transversal	Examinar a associação entre vitimização por <i>bullying</i> e comportamentos suicidas
Hepburn et al., 2012	EUA	1.838	Transversal	Determinar o tipo de envolvimento com <i>bullying</i> e a associação com comportamentos suicidas
Hesapçioğlu et al., 2018	Turquia	1.173	Transversal	Examinar a associação entre ideação suicida, sintomas depressivos e autoestima em estudantes do ensino médio em relação ao envolvimento com <i>bullying</i>
Hinduja & Patchin, 2019	EUA	2.670	Transversal	Explorar a natureza da associação entre experiência com <i>bullying</i> tradicional ou <i>cyberbullying</i> e comportamentos suicidas
Koyanagi et al., 2019	48 países	134.229	Transversal	Examinar a associação entre vitimização por <i>bullying</i> e suicídio
Maurya et al., 2022	Índia	11.864	Longitudinal	Explorar a relação longitudinal entre vitimização por <i>cyberbullying</i> , depressão e ideação suicida
Messias et al., 2014	EUA	15.425	Transversal	Analisar a associação entre <i>cyberbullying</i> , comportamentos suicidas e depressão
Peng et al., 2019	China	2.647	Transversal	Examinar a associações entre vitimização por <i>bullying</i> tradicional ou <i>cyberbullying</i> , prevalência de comportamentos suicidas e autolesão

Referência	País	Amostra	Método	Objetivo
Roh et al., 2015	Coréia do Sul	4.410	Transversal	Determinar os efeitos do <i>bullying</i> no comportamento suicida
Sampasa-Kanyinga et al., 2014	Canada	1.658	Transversal	Examinar as associações entre <i>cyberbullying</i> e vitimização por <i>bullying</i> tradicional e comportamentos suicidas; testar o efeito mediador da depressão
Shayo & Lawala, 2019	Tanzânia	3.793	Transversal	Estimar a prevalência de <i>bullying</i> e determinar sua associação com comportamentos suicidas
Strohacker et al., 2019	EUA	14.416	Transversal	Examina a associação entre vitimização tradicional e <i>cyberbullying</i> com sintomas depressivos e tendências suicidas
Williams et al., 2017	EUA	233	Transversal	Explorar as diferenças entre os sexos na vitimização por <i>bullying</i> e o impacto nos sintomas depressivos e comportamentos suicidas
Yang et al., 2020	China	23.392	Transversal	Testar associações do comportamento de <i>bullying</i> com ideação e tentativas de suicídio e avaliar se o gênero biológico pode moderar essas associações
Yang et al., 2021	China	11,248	Transversal	Examinar os efeitos de diferentes tipos de vitimização por <i>bullying</i> sobre sintomas psicológicos, automutilação e tendências suicidas

Categoria 3: Metassíntese

Os estudos sobre *bullying* escolar têm abordado, extensivamente, suas diversas manifestações e impactos negativos na vida dos estudantes. Para responder ao objetivo dessa revisão, especificamente, os resultados foram separados considerando: 1) a relação identificada entre *bullying* tradicional e comportamentos suicidas; 2) a relação entre *cyberbullying* e comportamentos suicidas; 3) a combinação de *cyberbullying* e *bullying* tradicional em relação aos comportamentos suicidas.

Nesse sentido, verificou-se que vários estudos mostram que o *bullying* tradicional (que ocorre nas escolas) está associado a um aumento das ideações ou tentativas de suicídio e maior risco de suicídio consumado entre as vítimas (Baiden et al., 2019; Barzilay et al., 2017; Bauman et al., 2013; Fei et al., 2022; Ford et al., 2017; Koyanagi et al., 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2014; Shayo & Lawala, 2019; Williams et al., 2017). Alguns estudos ainda destacaram que a relação entre *bullying* e suicídio pode variar entre os sexos, com diferenças nas taxas de ideações suicidas e tentativas de suicídio em homens e mulheres vítimas de *bullying*. Nesses casos, a taxa de ocorrência de suicídio entre mulheres é maior, porém não significativa em comparação aos homens (Chiu & Vargo, 2022; Strohacker et al., 2019). Embora não consolidados, esses dados sugerem que a experiência de ser vítima de *bullying* está associada a um aumento significativo no risco de ideação suicida, independente do sexo/gênero.

Em termos de síntese, suponha que um estudo identificou uma associação significativa entre o *bullying* e comportamentos suicidas em ambos os sexos. No entanto, ao analisar os padrões, pode-se descobrir que, para os homens, o *bullying* está mais associado a ideações suicidas, enquanto, para as mulheres, está mais associado a tentativas de suicídio. Isso indicaria padrões distintos na relação entre *bullying* e comportamentos suicidas baseada no sexo/gênero declarado. Por outro lado, se um estudo apontou, por exemplo, que estudantes vítimas de *bullying* têm uma probabilidade significativamente maior de relatar tentativas de suicídio (por exemplo, 25% das vítimas tentaram suicídio em comparação com 5% dos não vítimas), isso indicaria uma correlação significativa e mais forte entre vitimização e tentativas de suicídio.

O mesmo ocorre com o *cyberbullying*. Vítimas desse tipo de violência apresentam risco aumentado para ideações suicidas (Baiden & Tadeo, 2020; Bauman et al., 2013; Hinduja & Patchin, 2019; Yang et al., 2021). Essa associação é estatisticamente significativa e a probabilidade de ideações suicidas entre vítimas chega a ser até duas vezes maior em relação a outros estudantes. Maurya et al. (2022), por exemplo, identificaram que as ideias suicidas nas seguintes porcentagens: 12,1% para meninas e 7,8% para meninos em relação ao *cyberbullying*. Esses grupos, de estudantes vitimizados virtualmente, também apresentam mais possibilidade ou relatos de tentativas de suicídio (Azami & Taremian, 2020; Messias et al., 2014; Peng et al., 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2014). Além disso, Strohacker et al. (2019) revelaram que o risco de tentativas de suicídio para o sexo masculino era maior.

O caso é ainda mais grave quando há uma dupla vitimização: tanto por *bullying* tradicional quanto por *cyberbullying*. Os estudos revelaram que sofrem ambas as violências têm uma maior incidência de ideações ou pensamentos suicidas (Baiden & Tadeo, 2020; Hinduja & Patchin, 2019). Para ideações suicidas, as vítimas podem apresentar 3,26 ((Baiden & Tadeo, 2020) ou 5,41 (Hinduja & Patchin, 2019) vezes mais chance de apresentá-las. Além disso, Peng et al. (2019) observaram que vítimas de *cyberbullying* e *bullying* tradicional apresentam uma probabilidade significativamente maior de tentar suicídio numa proporção de 8,1 vezes maior em relação a estudantes não vitimizados. Já Azami e Taremian (2020) mostram que estudantes vitimizados apresentavam uma incidência significativamente alta de tentativas de suicídio. Em termos de diferenças por sexo/gênero, para as mulheres, o risco de tentativas de suicídio associadas ao *bullying* e *cyberbullying* foi maior (Strohacker et al., 2019).

Imagine um adolescente que é intimidado por colegas na escola durante o dia e, ao chegar em casa, recebe mensagens negativas ou ameaçadoras nas redes sociais. Essa combinação de *bullying* presencial e *cyberbullying* coloca o adolescente em uma posição extremamente estressante. Ele se sente perseguido e incompreendido em diferentes ambientes, não encontrando um refúgio seguro nem na escola nem em casa. Isso intensifica seus sentimentos de solidão, ansiedade e desamparo, ampliando as consequências negativas para sua saúde mental. Psicologicamente, a pressão acumulada e o sentimento de desesperança, resultados da combinação de experiências de *bullying* em ambientes diferentes, podem aumentar, significativamente, problemas de saúde mental e os comportamentos suicidas.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre o *bullying*, o *cyberbullying* e os comportamentos suicidas em adolescentes, utilizando dados da literatura científica que abrangem o período de 2012 a 2022. Os resultados desta pesquisa reforçam a conexão entre o *bullying*, o *cyberbullying* e os comportamentos suicidas durante a adolescência, englobando pensamentos, ideação, autolesão e tentativas de suicídio. Além disso, foi identificado que essa relação entre a vitimização por *bullying*, o *cyberbullying* e os comportamentos suicidas é influenciada por fatores como depressão e ansiedade. Nota-se que, de modo geral, os estudos revisados sugerem que qualquer forma de *bullying* está associada a um maior risco para ideações, tentativas e suicídio, principalmente entre as vítimas, não os perpetradores. Essas descobertas apontam para a complexidade do fenômeno e a importância de abordagens integradas para prevenção e intervenção nessas situações, a fim de proteger a saúde mental e o bem-estar dos adolescentes.

Apesar de a maioria dos estudos priorizar o *bullying* tradicional, é crucial reconhecer que o *cyberbullying* também exerce um impacto significativo sobre os adolescentes. O uso diário da internet e das redes sociais faz parte da realidade desses jovens, sendo uma fonte de entretenimento, conhecimento e, sobretudo, interação social, o que é especialmente relevante nessa fase do desenvolvimento. Infelizmente, o *cyberbullying* tem se tornado um ambiente em que pares e grupos se confrontam de maneira agressiva (Ferreira et al., 2020). Além disso, o aumento do uso das redes sociais por adolescentes trouxe consigo outros malefícios, como o distanciamento familiar, prejudicando um importante fator protetivo, e o crescimento dos transtornos de ansiedade. Os resultados desta pesquisa revelaram que a ansiedade e a depressão estão associadas aos comportamentos suicidas decorrentes do *bullying*. Esses resultados destacam a importância de compreender e abordar de forma abrangente os impactos negativos do uso excessivo das redes sociais, bem como a necessidade de fornecer suporte e intervenções adequadas para proteger a saúde mental dos adolescentes (Silva & Silva, 2017).

Também foram encontradas diferenças de gênero em relação aos comportamentos suicidas, embora sejam mínimas. As vítimas do sexo feminino mostraram-se mais afetadas pelo *cyberbullying* em comparação às vítimas do sexo masculino. Essa disparidade pode estar associada à autoestima, uma vez que estudos, como o de Bandejas (2009), apontam que meninas que são vítimas e/ou agressoras tendem a ter uma autoestima mais baixa. Um dos estudos do corpus destacou a autoestima como um fator protetor crucial para mediar as relações entre ser vítima de *bullying/cyberbullying* e sentimentos deprimidos e/ou ansiosos (Hesapçıoğlu et al., 2018), tornando-se essencial aprofundar seu trabalho junto aos adolescentes.

É fundamental dedicar mais atenção ao fortalecimento da autoestima nessa fase da vida, uma vez que pode desempenhar um papel significativo na prevenção de problemas como o *bullying* e o *cyberbullying*, bem como no fomento de uma saúde mental mais positiva. Nesse sentido, quando os adolescentes têm uma autoestima positiva, eles tendem a ter maior confiança em si

mesmos e em suas habilidades, o que pode ajudá-los a resistir ou responder às pressões, críticas negativas e episódios de violência, tornando-se, assim, menos vulneráveis ao impacto do *bullying* e do *cyberbullying*.

Implicações para o campo da Psicologia da Saúde

As descobertas relatadas nessa revisão ressaltam a importância de considerar o impacto emocional e psicológico da vitimização por *bullying* ou *cyberbullying*, especialmente no que diz respeito ao risco aumentado de comportamentos autodestrutivos ou suicidas. Além disso, os dados ressaltam a urgência de estratégias para avaliação e intervenção personalizadas, abordando as nuances específicas de comportamentos de *bullying* (tradicional ou on-line) e destacando a importância de intervenções sensíveis às diferenças de sexo/gênero para lidar com os riscos associados à saúde mental.

Nesse sentido, parece ser essencial diagnósticos precoces, realizados por meio de ferramentas de avaliação eficazes tanto para rastrear vitimização quanto comportamentos suicidas. Também é relevante considerar não apenas a ocorrência dos fenômenos centrais dessa revisão, mas também avaliar os efeitos de sintomatologia de problemas de saúde mental e outros fatores associados. Em termos de intervenção, é importante propor programas *antibullying* nas escolas, incluindo professores, pais e estudantes, além de oferecer apoio psicológico às vítimas, principalmente. Os dados revisados também sinalizam para lacunas no que se refere a protocolos clínicos para lidar com problemas de saúde mental e comportamentos suicidas junto às vítimas de *bullying* e/ou *cyberbullying*. Por fim, as pesquisas na área devem explorar a influência de fatores culturais e contextuais na ocorrência, impacto e associação entre os fenômenos.

As informações apresentadas neste estudo de revisão evidenciam a gravidade do *bullying* e do *cyberbullying* como problemas de saúde pública, afetando negativamente a saúde mental e o bem-estar dos adolescentes. Os comportamentos suicidas relacionados a essas formas de violência ressaltam a necessidade de intervenções integradas para prevenir tais situações. Nesse sentido, é fundamental incentivar a realização de pesquisas mais aprofundadas sobre o tema, buscando ampliar o conhecimento acerca do complexo fenômeno que envolve adolescência, *bullying*, *cyberbullying* e suicídio. Esses estudos são essenciais para capacitar profissionais da saúde e da educação a lidar de forma eficaz com essas situações, embasando suas práticas em evidências científicas sólidas. Dessa forma, será possível implementar estratégias preventivas e de intervenção mais efetivas, visando proteger a saúde mental e o bem-estar dos adolescentes, bem como criar ambientes seguros e saudáveis para seu desenvolvimento.

FINANCIAMENTO

Processos nº 2023/07891-0 e nº 2023/11828-1, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). CNPq Bolsa Produtividade em Pesquisa do autor WAO (Processo nº 310066/2020-4).

REFERÊNCIAS

- Alves Junior, C. A. S., Nunes, H. E. G., Gonçalves, E. C. de A., & Silva, D. A. S. (2016). Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 88-94. <https://doi.org/10.7322/jhgd.113733>
- * Azami, M. S., & Taremian, F. (2020). Victimization in traditional and cyberbullying as risk factors for substance use, self-harm and suicide attempts in high school students. *Scandinavian journal of child and adolescent psychiatry and psychology*, 8, 101-109. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2020-010>
- * Baiden, P., Kuuire, V. Z., Shrestha, N., Tonui, B. C., Dako-Gyeke, M., & Peters, K. K. (2019). Bullying victimization as a predictor of suicidal ideation and suicide attempt among senior high school students in Ghana: Results from the 2012 Ghana Global School-Based Health Survey. *Journal of School Violence*, 18(2), 300–317. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1486200>
- * Baiden, P., & Tadeo, S. K. (2020). Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child abuse & neglect*, 102, 104417. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104417>
- Bandeira, C. M. (2009). Bullying: autoestima e diferenças de gênero. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- * Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of adolescence*, 36(2), 341-350. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.001>
- * Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J. P., Postuvan, V., ... Wasserman, D. (2017). Bullying victimization and suicide ideation and behavior among adolescents in Europe: A 10-Country Study. *The Journal of adolescent health*, 61(2), 179-186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>
- Cuesta, I., Montesó-Curto, P., Metzler Sawin, E., Jiménez-Herrera, M., Puig-Llobet, M., Seabra, P., & Toussaint, L. (2021). Risk factors for teen suicide and bullying: An

- international integrative review. *International journal of nursing practice*, 27(3), e12930. <https://doi.org/10.1111/ijn.12930>
- * Chiu, H., & Vargo, E. J. (2022). Bullying and other risk factors related to adolescent suicidal behaviours in the Philippines: a look into the 2011 GSHS Survey. *BMC psychiatry*, 22(1), 445. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04085-w>
- *Crepeau-Hobson, F., & Leech, N. L. (2015). Peer victimization and suicidal behaviors among high school youth. *Journal of School Violence*, 15(3), 302-321. <https://doi.org/10.1080/15388220.2014.996717>
- * Fei, W., Tian, S., Xiang, H., Geng, Y., Yu, J., Pan, C. W., & Zhang, T. (2022). Associations of bullying victimisation in different frequencies and types with suicidal behaviours among school-going adolescents in low- and middle-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31, e58. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000440>
- Ferreira, E. Z., Oliveira, A. M. N. de, Medeiros, S. P., Gomes, G. C., Cezar-Vaz, M. R., & Ávila, J. A. de (2020). Internet influence on the biopsychosocial health of adolescents: an integrative review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(2), e20180766. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0766>
- * Ford, R., King, T., Priest, N., & Kavanagh, A. (2017). Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14- to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 51(9), 897-908. <https://doi.org/10.1177/0004867417700275>
- * Hasan, M. M., Fatima, Y., Pandey, S., Tariqujjaman, M., Cleary, A., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2021). Pathways linking bullying victimisation and suicidal behaviours among adolescents. *Psychiatry research*, 302, 113992. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113992>
- * Hepburn, L., Azrael, D., Molnar, B., & Miller, M. (2012). Bullying and suicidal behaviors among urban high school youth. *The Journal of adolescent health*, 51(1), 93-95. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.12.014>
- *Hesapçioğlu, S., Meraler, H., & Ercan, F. (2018). Bullying in schools and its relation with depressive symptoms, self-esteem, and suicidal ideation in adolescents. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(2), 210-216, <http://doi.org/10.5455/apd.268900>
- *Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2019). Connecting adolescent suicide to the severity of bullying and cyberbullying. *Journal of School Violence*, 18(3), 333-346. <https://doi.org/10.1080/15388220.2018.1492417>
- Hinduja, S., & Patchin, J. W. (2010). Bullying, cyberbullying, and suicide. *Archives of suicide research*, 14(3), 206–221. <https://doi.org/10.1080/13811118.2010.494133>
- *Koyanagi, A., Oh, H., Carvalho, A. F., Smith, L., Haro, J. M., Vancampfort, D., Stubbs, B., & DeVylder, J. E. (2019). Bullying victimization and suicide attempt among adolescents

- aged 12-15 years from 48 Countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(9), 907-918.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.018>
- *Maurya, C., Muhammad, T., Dhillon, P., & Maurya, P. (2022). The effects of cyberbullying victimization on depression and suicidal ideation among adolescents and young adults: a three year cohort study from India. *BMC psychiatry*, 22(1), 599. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04238-x>
- Mello, F. C. M., Silva, J. L., Oliveira, W. A., Prado, R. R., Malta, D. C., & Silva, M. A. I. (2017). A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 2939–2948. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12762017>
- * Messias, E., Kindrick, K., & Castro, J. (2014). School bullying, cyberbullying, or both: correlates of teen suicidality in the 2011 CDC Youth Risk Behavior Survey. *Comprehensive psychiatry*, 55(5), 1063-1068. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.005>
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *The Journal of adolescent health*, 55(5), 602-611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>
- Oliveira, W. A., Silva, M. A. I., Silva, J. L., Mello, F. C. M., Prado, R. R., & Malta, D. C. (2016). Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *Jornal De Pediatria*, 92(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.04.003>
- Olweus D. (2013). School bullying: development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, 9, 751-780. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Peng, C., Hu, W., Yuan, S., Xiang, J., Kang, C., Wang, M., Rong, F., Huang, Y., & Yu, Y. (2020). Self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts in chinese adolescents involved in different sub-types of bullying: A cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 565364. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.565364>
- * Peng, Z., Klomek, A. B., Li, L., Su, X., Sillanmäki, L., Chudal, R., & Sourander, A. (2019). Associations between Chinese adolescents subjected to traditional and cyber bullying and suicidal ideation, self-harm and suicide attempts. *BMC psychiatry*, 19(1), 324. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2319-9>
- * Roh, B. R., Yoon, Y., Kwon, A., Oh, S., Lee, S. I., Ha, K., Shin, Y. M., Song, J., Park, E. J., Yoo, H., & Hong, H. J. (2015). The structure of co-occurring bullying experiences and associations with suicidal behaviors in Korean Adolescents. *PloS one*, 10(11), e0143517. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143517>
- * Sampasa-Kanyinga, H., Roumeliotis, P., & Xu, H. (2014). Associations between cyberbullying and school bullying victimization and suicidal ideation, plans and attempts

- among Canadian schoolchildren. *PloS one*, 9(7), e102145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102145>
- * Shayo, F. K., & Lawala, P. S. (2019). Does bullying predict suicidal behaviors among in-school adolescents? A cross-sectional finding from Tanzania as an example of a low-income country. *BMC psychiatry*, 19(1), 400. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2402-2>
- Silva, T. O., & Silva, L. T. G. (2017). Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. *Revista Psicopedagogia*, 34(103), 87-97.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- * Strohacker, E., Wright, L. E., & Watts, S. J. (2021). Gender, bullying victimization, depressive symptoms, and suicidality. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 65(10-11), 1123-1142. <https://doi.org/10.1177/0306624X19895964>
- * Williams, S. G., Langhinrichsen-Rohling, J., Wornell, C., & Finnegan, H. (2017). Adolescents transitioning to high school: Sex differences in bullying victimization associated with depressive symptoms, suicide ideation, and suicide attempts. *The Journal of school nursing*, 33(6), 467-479. <https://doi.org/10.1177/1059840516686840>
- * Yang, B., Wang, B., Sun, N., Xu, F., Wang, L., Chen, J., Yu, S., Zhang, Y., Zhu, Y., Dai, T., Zhang, Q., & Sun, C. (2021). The consequences of cyberbullying and traditional bullying victimization among adolescents: Gender differences in psychological symptoms, self-harm and suicidality. *Psychiatry research*, 306, 114219. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114219>
- *Yang, T., Guo, L., Hong, F., Wang, Z., Yu, Y., & Lu, C. (2020). Association between bullying and suicidal behavior among Chinese Adolescents: An analysis of gender differences. *Psychology research and behavior management*, 13, 89-96. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S228007>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

A ANSIEDADE E O IMPACTO QUE TEM NO DESEJO SEXUAL DA MULHER

Andrea Costa¹ (ac20.5.92@gmail.com) & Sofia von Humboldt²

¹ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

²William James Research Center, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a sexualidade é vista como um sinal de qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2020). Ela envolve diversos aspetos como “pensamentos, fantasias, desejos, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos” (OMS, 2020, p.15), contudo, para ser vivenciada satisfatoriamente deve ser compreendida como um estado de bem-estar físico, mental, emocional e social (OMS, 2020). Assim, a sexualidade passa por ser um conjunto de características humanas, que envolve processos psicológicos e fisiológicos, que não se baseiam apenas no ato sexual ou aos órgãos genitais (Lourenço, 2002), assim, a saúde é um direito de todo o ser humano, e como tal, a saúde sexual, deve ser igualmente considerada um direito (Meireles, 2019).

Para Master e Jonhson (1970), as fases da resposta sexual são a excitação, o platô, o orgasmo, e a resolução. Contudo, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; 2014), em conjunto com os estudos de Master e Jonhson (1975) e de Kaplan (1979), consideraram como classificação as seguintes fases da resposta sexual, desejo, excitação, orgasmo e resolução (Mendonça et. al., 2014). A fase do desejo, é a fase onde as fantasias, e o desejo em relação à atividade sexual emerge (Rodrigues et al., 2021).

A saúde sexual segundo a OMS (1993), é um “estado de completo bem-estar físico, emocional, mental associado à sexualidade e não só à ausência de doença ou enfermidade”. A saúde sexual da mulher, é definida como a capacidade de a mulher desfrutar e expressar a sua sexualidade, de uma forma positiva e sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e coação (Correa et al., 2015; Campos et al., 2016; Kingsberg et al., 2019).

Antigamente, a sexualidade feminina encontrava-se relacionada apenas à procriação, isto é, ao ato de ter filhos, sem necessariamente existir prazer, pois tal ato era considerado impuro perante a sociedade (Soares, 2013), bem como ao papel da mulher na maternidade e nos serviços domésticos (Farinha & Scorsolinicomin, 2018). O lugar da mulher na sociedade mudou e conseqüentemente a sexualidade feminina passou a ser expressa de forma mais livre, fazendo com que novas descobertas sobre a sexualidade tenham surgido, bem como uma maior atenção quanto às disfunções sexuais (Jesus & Oliveira, 2021).

A disfunção sexual refere-se a diversas experiências individuais e em casal que se manifestam como uma disfunção no desejo sexual, na excitação sexual, no orgasmo e dor durante a relação (Banaei et al., 2019). Segundo o DSM-5, as disfunções sexuais são “um grupo heterogêneo de perturbações, que, em geral, se caracterizam por uma perturbação clinicamente significativa na capacidade de uma pessoa responder sexualmente ou de experimentar prazer sexual” (DSM-V, 2014, p. 467). Nas mulheres, a disfunção sexual é um problema real e comum, que pode ser desencadeado por diversos fatores de risco tais como a saúde mental, medicamento, doenças crônicas, gravidez e pós-parto e infertilidade. A nível sexual, uma das dificuldades que mais surgem nas mulheres é a dificuldade de sentir desejo e pode dever-se a fatores psicológicos como a ansiedade (Meiros, 2019). A disfunção sexual leva a uma diminuição na qualidade de vida e a uma insatisfação para com os outros, afetando negativamente a saúde física, psicológica, social e emocional das mulheres (Anzaku et al., 2014; Banaei et al., 2016).

O desejo sexual é um conjunto de fenómenos fisiológicos cerebrais, psíquicos, endocrinológicos, sociais e culturais e é gerado e influenciado por fatores internos como a saúde mental e física e por fatores externos (Martins, 2003), e segundo Levine (2003), o desejo sexual é parte do que nos leva a ter ou não ter estímulos ou atividades sexuais. Atua na vida do ser humano sobre determinadas formas, isto é, o desejo pode ser aquilo que nós somos, ou seja, ao sentir desejo sexual por alguém, estamos a expressar o que procuramos para nós, noutra pessoa. É algo privado e individual e ninguém o sente da mesma forma (Prates, 2010).

Seja qual for o momento da vida em que o indivíduo se encontra, o desejo vai orientando o indivíduo para encontrar a sua identidade sexual, identidade de género, orientação e identificação sexual. O desejo sexual é também demonstrativo de situações sociais, tais como o namoro, o casamento, o facto de ter ou não parceiros sexuais (Prates, 2010). Pode estar ligado a várias variáveis tais como uma história de abuso sexual, bem como a duração do relacionamento sexual atual (Carvalho et al., 2010; Klusmann, 2002). Estas variáveis têm sido consistentemente associadas ao desejo sexual das mulheres (Prates, 2010).

A ansiedade é uma emoção que vai desencadear um conjunto de reações físicas e emocionais a diversos estímulos internos e externos (Seromenho, 2022). Os sintomas de ansiedade são descritos como um sentimento desagradável de medo e apreensão, seguido por sentimentos de desconforto e tensão devido à antecipação do perigo, de algo ou estranho ou desconhecido (DSM-V, 2014). A ansiedade pode ser descrita de duas formas, como “traço” e aqui é quando é percebida como uma característica da personalidade do indivíduo, ou como um “estado” onde é percebida através das vivências do indivíduo (Trajano et al., 2016).

A literatura tem vindo a mostrar que a ansiedade e a disfunção sexual nas mulheres se encontram relacionadas (Forbes et al., 2016). Investigadores como Marqui et al. (2015) e Chisari et al. (2021) perceberam em seus estudos demonstram que a ansiedade se encontra associada ao declínio da função sexual, bem como redução da libido e interesse sexual e a um maior sofrimento sexual que tem impacto significativo na satisfação sexual. Assim, a ansiedade pode provocar na mulher a dificuldade de sentir desejo, excitação e de desenvolver interesse

pela atividade sexual (Jesus e Oliveira, 2021), e pode ainda contribuir para uma hiper-vigilância da dor durante a relação sexual (Burri et, al., 2020), podendo influenciar a satisfação da mulher na relação sexual e na relação com o parceiro/a (Oliveira, 2021). Assim, o objetivo deste estudo visa explorar de que forma a ansiedade influencia o desejo sexual da mulher.

MÉTODOS

Participantes

A amostra efetuada por conveniência e snowball, incluiu 14 participantes do sexo feminino, acompanhadas em psicologia clínica em consultório por dificuldades na esfera pessoal e sintomatologia ansiosa diagnosticada, com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos ($M=30,28$; $DP=5,89$) que apresentam sintomas de ansiedade como palpitações, suores, tremores, irritabilidade, dificuldades de concentração, insegurança, e dificuldades no sono à mais de 6 meses e diminuição do desejo sexual (ver Quadro 1).

Quadro 1. *Questionário Sócio-demográfico*

Participantes	Idade	Género	Habilitações
1	40	Feminino	Licenciatura
2	32	Feminino	12º ano
3	23	Feminino	Licenciatura
4	27	Feminino	Licenciatura
5	25	Feminino	12º ano
6	37	Feminino	12º ano
7	27	Feminino	12º ano
8	25	Feminino	Mestrado
9	29	Feminino	12º ano
10	33	Feminino	Licenciatura
11	31	Feminino	Licenciatura
12	33	Feminino	12º ano
13	25	Feminino	Licenciatura
14	40	Feminino	Mestrado

Material

O presente estudo de natureza qualitativa exploratória, foi realizado através de uma entrevista semiestruturada às participantes. A entrevista foi realizada presencialmente e por via online, com a duração entre 10 a 15 minutos cada entrevista. Aqui, foi questionado se as participantes queriam participar num estudo sobre o impacto que a ansiedade tem no desejo sexual feminino. O anonimato e a possibilidade de desistir a qualquer momento foram garantidos às

participantes. Após a resposta afirmativa, foi apresentado a cada uma o consentimento informado, onde as participantes responderam afirmativamente para poderem participar no estudo, seguido do protocolo de investigação que inclui o Questionário Sociodemográfico, que permite recolher informação acerca do género, da idade e das habilitações literárias, e o questionário online, que apresenta quatro questões, questão 1 - Sofre de ansiedade?; questão 2 - Encontra-se num relacionamento?; questão 3 - A ansiedade já afetou o seu desejo sexual?; questão 4 - De que forma a ansiedade afetou o seu desejo sexual?; sendo que três foram de resposta fechada, respetivamente sim ou não, e a quarta foi de resposta aberta.

Todas as dúvidas e questões por parte dos participantes foram respondidas pela entrevistadora.

Procedimento

A divulgação do protocolo de investigação, através do link do google forms, realizou-se por via online. O recrutamento das participantes foi feito através da análise de cada caso clínico que se encontrava em consulta, ou já tinha recebido alta, e foi explicado o motivo pelo qual cada uma foi escolhida. Foi também explicado que é um questionário anónimo para preservar a identidade e privacidade de cada participante. De seguida foi enviado o link do questionário “Ansiedade e o impacto no desejo sexual da mulher”, que visa avaliar o impacto que a ansiedade tem no desejo sexual feminino.

Após esta primeira fase, foi realizada uma análise de conteúdo indutiva com base nas entrevistas realizadas, para conhecer a realidade na perspetiva das pessoas que respondem, que serviu para analisar dados que ilustram a realidade acerca do objetivo do estudo, isto, é, analisar o impacto que a ansiedade tem no desejo sexual feminino. Segundo Bardin (, 2011, p. 47), a análise de conteúdo refere-se a “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção destas mensagens”.

Numa primeira fase, analisaram-se pelos autores do estudo, as respostas obtidas pelas participantes, de seguida, transcreveu-se as respostas e colocou-se numa tabela com os códigos correspondentes, para depois poder organizá-las em temas. Da análise de conteúdo surgiram os temas mutuamente exclusivos até ser obtida a saturação teórica. Durante todo o processo, foram realizadas reuniões entre os investigadores para resolver todas as discordâncias. Para avaliar o nível de concordância entre os pesquisadores no processo de codificação das transcrições dos participantes, foram avaliadas as pontuações de Cohen Kappa. Estas pontuações apresentaram resultados muito bons com um valor de ($k = 0,93, p < 0,01$).

Para a realização do presente estudo, foram utilizadas as regras de Helsínquia, as regras da Ordem dos Psicólogos Portugueses e que cumpriu todas regras e regulamentos. Contudo, ainda não se encontra submetido à comissão de ética.

RESULTADOS

Cerca de 93% das participantes referiram apresentar um quadro ansioso e, ainda mencionaram que a sua ansiedade já afetou o seu desejo sexual, através da perda de líbido, da perda do desejo sexual devido ao facto de ter uma possível crise de ansiedade e mesmo da indisponibilidade que a ansiedade cria, de estar envolvida num relacionamento sexual. 7% da amostra não respondeu à pergunta aberta.

A ansiedade manifestou-se através três temas, sendo eles, (1) o medo da rejeição; (2) a insegurança e perda do desejo sexual e, por fim, (3) a exaustão física e psicológica.

Tema 1: Medo da rejeição

No tema medo da rejeição, foi percebido que as participantes apresentam medo de não ser valorizadas, de ser rejeitas e não compreendidas pelos parceiros/parceiras, na sua relação, o que desencadeia sintomas ansiosos. As inquiridas responderam por meio das seguintes verbalizações, *“Medo de rejeição, de não corresponder às expectativas, ter pensamentos intrusivos antes ou durante uma relação (Beatriz, 29 anos)”* ... *“ter medos incontroláveis, de ser rejeitada por exemplo, e ter vontade nenhuma (Andreia, 33 anos)”*;

Tema 2: Insegurança e Perda de desejo sexual

No tema insegurança e perda do desejo, foi percebido que as participantes apresentam inseguranças a nível da sua imagem corporal e papel de companheiras, devido à ansiedade que sentem levando a uma perda do desejo sexual. As inquiridas responderam por meio das seguintes verbalizações, *“Sem desejo sexual (Matilde, 31 anos)”* ... *“Quando estou com muita ansiedade, perco todo o interesse e desejo sexual, a ansiedade faz me sentir tão perdida, insegura e ao mesmo tempo desgasta psicologicamente que o desejo sexual nem sequer é algo em que penso! (Joana, 23 anos)”* ... *“O medo de não corresponder às expectativas do meu marido. Se vou ser suficiente para ele. Se vai gostar do meu corpo. Sinto-me insegura (Diana, 33 anos)”*; ... *“Não ter vontade de ter relacionamento sexual, pois fico insegura (Ana, 32 anos)”* ... *“Não ter vontade de me envolver sexualmente, pois perco o desejo (Catarina, 27 anos)”* ... *“Causando perda de líbido e falta de desejo (Benedita, 25 anos).*

Tema 3: Exaustão física e psicológica

No tema exaustão física e psicológica, foi percebido que as participantes apresentam uma maior indisponibilidade psicológica devido a crises de ansiedade, bem como indisponibilidade física que as leva a perder a vontade de se envolverem sexualmente, pois estão cansadas e acabam

por se isolar do companheiro/a. As inquiridas responderam por meio das seguintes verbalizações, “*Antigamente, o meu marido e eu tínhamos uma vida sexual ótima. Sempre nos demos muito bem nesse plano. Mas, conforme a ansiedade se foi desenvolvendo, deixei de sentir desejo sexual. Sentia-me exausta e sem qualquer disponibilidade para um envolvimento físico. Mesmo agora que estou sujeita a menos pressão e que os sintomas estão menos fortes, ainda não sinto grande vontade (Susana, 40 anos)*” ... “*Ficar sem vontade devido a ansiedade, fico muito cansada e indisponível (Maria, 37 anos)*” ... “*Quando tenho as crises preciso de estar sozinha, assim preciso de estar longe do meu marido (Inês, 27 anos)*” ... “*Menos desejo sexual devido ao facto de ter uma possível crise de ansiedade, o que me deixa indisponível psicologicamente e fisicamente (Sónia, 25 anos)*” ... “*Diminuí o desejo devido ao cansaço da ansiedade (Juliana, 40 anos)*” (ver Quadro 2)

Quadro 2. Temas obtidos a partir da análise de conteúdo

Temas	Citação	Número de ocorrências
Medo da rejeição	“Medo de rejeição, de não corresponder às expectativas, ter pensamentos intrusivos antes ou durante uma relação” ... “ter medos incontrolláveis, de ser rejeitada por exemplo, e ter vontade nenhuma”;	2
Insegurança e Perda do desejo sexual	"Sem desejo sexual " ... “Quando estou com muita ansiedade, perco todo o interesse e desejo sexual, a ansiedade faz me sentir tão perdida, insegura e ao mesmo tempo desgasta psicologicamente que o desejo sexual nem sequer é algo em que penso!” ... “O medo de não corresponder às expectativas do meu marido. Se vou ser suficiente para ele. Se vai gostar do meu corpo. Sinto-me insegura” ; ... "Não ter vontade de ter relacionamento sexual, pois fico insegura" ... "Não ter vontade de me envolver sexualmente, pois perco o desejo” ... “Causando perda de libido e falta de desejo"	6
Exaustão física e psicológica	“Antigamente, o meu marido e eu tínhamos uma vida sexual ótima. Sempre nos demos muito bem nesse plano. Mas, conforme a ansiedade se foi desenvolvendo, deixei de sentir desejo sexual. Sentia-me exausta e sem qualquer disponibilidade para um envolvimento físico. Mesmo agora que estou sujeita a menos pressão e que os sintomas estão menos fortes, ainda não sinto grande vontade” ... “Ficar sem vontade devido a ansiedade, fico muito cansada e indisponível” ... “Quando tenho as crises preciso de estar sozinha, assim preciso de estar longe do meu marido " ... “Menos desejo sexual devido ao facto de ter uma possível crise de ansiedade, o que me deixa indisponível psicologicamente e fisicamente” ... “Diminuí o desejo devido ao cansaço da ansiedade"	5

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo explorar de que forma a ansiedade influencia o desejo sexual da mulher e foi possível verificar que, 93% das participantes referem apresentar um quadro ansioso e, ainda mencionam que a sua ansiedade já afetou o seu desejo sexual, através (1) da perda de libido; (2) da perda do desejo sexual devido ao facto de ter uma possível crise de ansiedade e mesmo da (3) indisponibilidade que a ansiedade cria, de estar envolvida num relacionamento sexual.

No estudo de Figueiredo et al. (2014), verifica-se que as mulheres que apresentam ansiedade demonstraram ter menor desejo sexual, comparativamente com as mulheres que não sentem ansiedade. Na revisão de literatura de Hartmann et al., (2002), verificou-se que as mulheres com dificuldades no desejo sexual, estão mais propensas a desenvolver preocupação e ansiedade do que as mulheres que têm um bom funcionamento sexual. van Minnen e Kampmann (2000), referem no seu estudo que os problemas sexuais das suas pacientes com ansiedade são mais frequentes na primeira fase do ciclo de Master e Johnson (1970) e de Kaplan (1979), ie., o desejo.

Dunn, Cruft & Hackett (1999), referem em seu estudo que ansiedade moderada e alta em mulheres, fez com que se desenvolvessem problemas a nível sexual, devido à inibição do desejo, estimulação e orgasmo. Pôde verificar-se que os resultados do estudo presente são congruentes com a literatura existente. Acredita-se que a ansiedade é um fator de risco para o desenvolvimento do baixo desejo sexual bem como da excitação, e pesquisas mais recentes demonstram que a ansiedade encontra-se relacionada às dificuldades orgásmicas e à dor sexual (Leeners et al., 2014 & Khandker 2011).

Relativamente aos temas encontrados nas respostas das participantes, foi elaborada uma análise e foi possível verificar que apenas 15% das participantes inquiridas referiu ter *medo da rejeição*. No entanto, não encontramos até à presente data, estudos na literatura que corroborem o resultado deste obtido para este tema. Sendo assim, podemos concluir que o medo da rejeição é perceptível de uma forma muito individual, que pode desencadear sintomas ansiosos, mas depende muito da perspectiva de cada indivíduo.

No tema *insegurança e perda do desejo sexual*, verificou-se que apenas 46% das inquiridas referiu ter insegurança e perda do desejo sexual da rejeição. Estudos na literatura científica referem que existe uma perda do desejo sexual. No estudo de António et al., (2016), realizado nos Estados Unidos estimou que 43% das mulheres que apresentavam disfunção sexual, 22% apresentam uma redução do desejo sexual. Já no estudo de Barreto et al., (2018), 26,7% das mulheres que participaram no estudo apresentaram uma diminuição do desejo sexual.

No estudo de Antunes (2023), 83 das pacientes que se encontravam na fase reprodutiva, e 100% das pacientes que se encontravam na pós-menopausa mencionaram que existiu uma diminuição do desejo sexual, caracterizando uma possível disfunção sexual do desejo, na qual os

sentimentos de interesse, pensamentos ou fantasia sexual estão diminuídos ou ausentes e/ou a receptividade à atividade sexual, para tornar-se sexualmente excitado, é escassa ou inexistente.

No tema *exaustão física e psicológica*, foi feita uma análise e foi possível verificar que 38% das inquiridas referiu sentir exaustão física e psicológica devido à ansiedade. Alguns estudos referem que quanto maior é a ansiedade e maior é o nível de stress, mais pensamentos e comportamentos evitantes o indivíduo vai ter (Berlezi et al., 2013; Cabral et al., 2012; Pimenta et al., 2007). Ao nível da sexualidade, Silva (2015) refere que, nas mulheres, tanto o grau de ansiedade leve como o grau moderado beneficiam a resposta sexual, enquanto que a ansiedade severa inibe a resposta sexual devido ao componente fóbico de evitamento das relações sexuais. No estudo de Sadir et al. (2010) e Teng et al., (2005), verificou-se que quanto maior o nível de stress, menores serão os níveis de satisfação conjugal, resultando numa diminuição do desejo sexual e satisfação com a vida.

Este estudo apresenta algumas limitações tais como, uma reduzida dimensão da amostra, sendo que as participantes foram pacientes acompanhadas em psicologia clínica, em consultório. Para além da amostra, temos como limitação a não comparação entre idades das participantes, bem como a falta de critérios claros de elegibilidade dos participantes e a potencial heterogeneidade da amostra. Apesar das limitações, este estudo não pode generalizar os resultados, nem ser estatisticamente representativo da população.

O presente estudo tem relevância, pois contribui para a exploração da área do impacto da ansiedade no desejo sexual da mulher, para os profissionais de saúde de diversas áreas, e ainda pode incentivar a novas pesquisas sobre o tema. No futuro seria interessante expandir a amplitude deste estudo exploratório, aumentando o tamanho da amostra, e analisar o impacto da ansiedade no desejo sexual, nas mulheres com diferentes idades, e avaliar novos temas. Entre os focos de interesse para estudos futuros, seria interessante explorar e comparar amostras do impacto da ansiedade no desejo sexual em casais, bem como a satisfação conjugal entre o casal. Em conclusão, os fatores psicológicos, nomeadamente a ansiedade, encontram-se associados à experiência sexual. Na mulher, pode-se verificar que a ansiedade atua como um potencializador de disfunções sexuais, causando uma diminuição do desejo sexual e conseqüentemente carrega consigo conseqüências para a qualidade de vida e de relacionamentos da mulher. Em suma, no presente estudo, concluímos que a ansiedade influenciou o desejo sexual através do medo da rejeição, de inseguranças e perda do desejo sexual e da exaustão física.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de perturbações mentais*. Artmed Editora.

- Antonio, J. Z., Silva, A., Costa, P. P. B., Jung, D., Pereira, C. F., Nunes, E. F. C., & Latorre, G. F. S. (2016). Função sexual feminina, desgaste emocional por insatisfação sexual e inteligência emocional. *Fisioterapia Brasil*, 17(6), 544-550.
- Antunes, E. M. G. (2023). Correlates of humanistic psychology: the use of tribullus terrestris in female sexual dysfunction. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 34, 1088-1088.
- Anzaku, A., & Mikah, S. (2014). Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among nigerian women in jos. *Annals of medical and health sciences research*, 4(2), 210–216. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.129044>
- Banaei, M., Zahrani, S. T., Pormehr-Yabandeh, A., Ozgoli, G., & Azad, M. (2016). Investigating the impact of counseling based on PLISSIT model on sexual intimacy and satisfaction of breastfeeding women. *International Journal of Pharmaceutical Research & Allied Sciences*, 5(3), 489-499.
- Banaei, M., Azizi, M., Moridi, A., Dashti, S., Yabandeh, A. P., & Roozbeh, N. (2019). Sexual dysfunction and related factors in pregnancy and postpartum: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic reviews*, 8(1), 161. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1079-4>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreto, A. P. P., Nogueira, A., Teixeira, B., Brasil, C., Lemos, A., Lórdelo, P. (2018). O impacto da disfunção sexual na qualidade de vida feminina: um estudo observacional. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 8(4), 511-517
- Berlezi, E. M., Balzan, A., Cadore, B. F., Pillatt, A. P. e Winkelmann, E. R. (2013). Histórico de transtornos disfóricos no período reprodutivo e na associação com sintomas sugestivos de depressão na pós-menopausa. *Revista Brasileira Geriatria & Gerontologia*, 16(2), 273-283
- Birkhäuser, M. (2002). Depression, menopause and estrogens: is there a correlation? *Maturitas*, 41(1), 3-8.
- Burri, A., Hilpert, P., & Williams, F. (2020). Pain Catastrophizing, Fear of Pain, and Depression and Their Association with Female Sexual Pain. *The journal of sexual medicine*, 17(2), 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.017>
- Cabral, P. U. L., Canário, A.C.G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. C., Amaral, R. L. G., & Gonçalves, A. K. S. (2012). Influência dos sintomas climatéricos sobre a função sexual de mulheres de meia-idade. *Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia*, 34(7), 329-334.
- Campos, H. M., Nogueira, M. J., Fonseca, M. C., & Schall, V. T. (2016). Saúde sexual, gênero e percepções de adolescentes sobre o preservativo feminino. *Revista Adolescência e Saúde*, 13(supl. 2), 26-32.
- Carvalho, A. A., Brotto, L. A., & Leal, I. (2010). Women's motivations for sex: Exploring the diagnostic and statistical manual, text revision criteria for hypoactive sexual desire and

- female sexual arousal disorders. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(4), 1454–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01693.x>
- Correa, S., Alves, J. E. D., & Jannuzzi, P. M. (2015). Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In T.C. Patriota (Ed.), *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)* (pp. 27-62). UNFPA
- Chisari, C., Monajemi, M. B., Scott, W., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2021). Psychosocial factors associated with pain and sexual function in women with Vulvodynia: A systematic review. *European journal of pain (London, England)*, 25(1), 39–50. <https://doi.org/10.1002/ejp.1668>
- Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *Journal of epidemiology and community health*, 53(3), 144–148. <https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144>
- Farinha, A. J. Q., & Scorsolini-Comin, F. (2018). Relações entre não maternidade e sexualidade feminina: revisão integrativa da literatura científica. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(1), 187-205. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i1.2316>
- Figueiredo, L., L., T., Silva, M., S., S., J., & Cruzeiro, A., N. (2014). O impacto da ansiedade na disfunção sexual de mulheres usuárias de ambulatórios públicos de pelotas. *XXIII Congresso de iniciação Científica da Universidade Federal de Pelotas*.
- Forbes, M. K., Baillie, A. J., & Schniering, C. A. (2016). A Structural Equation Modeling Analysis of the Relationships between Depression, Anxiety, and Sexual Problems over Time. *Journal of Sex Research*, 53(8), 942–954. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1063576>
- Hartmann, U., Heiser, K., Rüffer-Hesse, C., & Kloth, G. (2002). Female sexual desire disorders: subtypes, classification, personality factors and new directions for treatment. *World journal of urology*, 20(2), 79–88. <https://doi.org/10.1007/s00345-002-0280-5>
- Jesus, C., & Oliveira, P. (2021). A disfunção sexual em mulheres sob o olhar das psicologias clínicas. (Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – UniAGES).
- Leeners, B., Hengartner, M. P., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., & Angst, J. (2014). The role of psychopathological and personality covariates in orgasmic difficulties: a prospective longitudinal evaluation in a cohort of women from age 30 to 50. *The journal of sexual medicine*, 11(12), 2928–2937. <https://doi.org/10.1111/jsm.12709>
- Kaplan, H. S. (1979). *Manual Ilustrado de Terapia Sexual*. Sexo e não só.
- Kingsberg, S. A., Schaffir, J., Faight, B. M., Pinkerton, J. V., Parish, S. J., Iglesia, C. B., Gudeman, J., Krop, J., & Simon, J. A. (2019). Female Sexual Health: Barriers to Optimal Outcomes and a Roadmap for Improved Patient-Clinician Communications. *Journal of women's health (2002)*, 28(4), 432–443. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7352>

- Klusmann, D. (2002). Sexual motivation and the duration of partner- ship. *Archives of Sexual Behavior*, 31(3), 275–287. <https://doi.org/10.1023/a:1015205020769>
- Khandker, M., Brady, S. S., Vitonis, A. F., Maclehose, R. F., Stewart, E. G., & Harlow, B. L. (2011). The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *Journal of women's health (2002)*, 20(10), 1445–1451. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2661>
- Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 279-285.
- Lourenço, M. A. (2002). Afectos, sexualidade e desenvolvimento humano. *Revista Saúde Mental [on-line]*, 4(2), 20-28.
- Martins, S. (2003). Alterações do desejo sexual masculino. In L. Fonseca, C., Soares & J. M. Vaz (Eds.), *A Sexologia. Perspectiva multidisciplinar I*. Quarteto Editora
- Marqui, A. B., Silva, M. P. C., & Irie, G. R. (2015). Sexual dysfunction in endometriosis: a systematic review. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 48(5), 478-490. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i5p478-490>
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970). *Human sexual response*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1975). *O vínculo do prazer*. (Tradução de Dr. Dante Costa). Record.
- Meireles, G. S. (2019). Psychological aspects of sexual dysfunctions. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 30(2), 47-54. <https://doi.org/10.35919/rbsh.v30i2.83>
- Mendonça, C. R. D., Silva, T. M., Arrudai, J. T., Garcia-Zapata, M. T. A., & Amaral, W. N. D. (2014). Female sexual function: normal and pathological aspects, prevalence in Brazil, diagnosis and treatment. *Femina*, 40(4), 195-202.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação das Perturbações Mentais e do Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Saúde sexual, direitos humanos e a lei.
- Prates, T. P. (2010). *Desejo sexual e funcionamento mental em estudantes universitários* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada).
- Pimenta, F., Leal, I., & Braco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: *Uma revisão da literatura*. *Análise Psicológica*, 25(3), 455-466. <https://doi.org/10.14417/ap.457>
- Rodrigues, C. N. C., Lemos, C. I. L., dos Santos, A. S. B., da Silva, L. G. C. L., Corrêa, H. V. V., & Nunes, E. F. C. (2021). Influence of sexual desire the sexual function in women with dyspareunia. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), 34671-34682. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n4-091>
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M. e Lipp, M. E. N. (2010). Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. *Paideia*, 20(45), 73-81.

- Seromenho, S. (2022). *Não É Loucura, É Ansiedade – Primeiros Socorros para combateres a Doença do século*. Contraponto.
- Silva, F. R. C. (2015). Considerações sobre a intimidade, a ansiedade e o medo do sucesso em terapia sexual. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, 20(4), 157-160.
- Soares, E. R. (2013). *Disfunção sexual feminina: Tratamento fisioterapêutico na dispareunia*. (Tese de Mestrado. Faculdade de Educação e Meio Ambiente)
- Trajano, F. M. P., Almeida, L. N. A., Araújo, R. A., Crisóstomo, F. L. S., & Almeida, A. A. F. (2016). Levels of anxiety and impacts on voice: a literature review. *Distúrbios da Comunicação*, 28(3), 423-433.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e Comorbilidades Clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3), 149-159.
- Van Minnen, A., & Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1), 47-57.

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

FELICIDADE NOS CONTEXTOS DE VIDA

Ana Mateus Silva¹ (anai.silva@uab.pt), & Cláudia Paixão²

¹Universidade Aberta, CEMRI- SCD, Lisboa, Portugal

²Universidade Aberta, Lisboa, Portugal

De acordo com Rastelli et al. (2021) o que as pessoas mais desejam na sua vida, mais do que qualquer outra coisa é terem felicidade (Diener, 2000). O sentimento de felicidade tem sido conceptualizado como o bem-estar experienciado pelas pessoas, quer a nível de pensamentos como de sentimentos (Diener, 2000; Kahneman & Krueger, 2006).

Falar de felicidade remete-nos para a Grécia Antiga, em que os filósofos Sócrates, Platão e Aristóteles salientavam que a felicidade se traduzia em ter uma boa vida, virtuosa e devotada à intelectualidade e à filosofia, mas nunca relacionada com o trabalho (Bendassolli, 2007). Este conceito teve várias alterações ao longo dos séculos, tendo surgido várias definições de felicidade, quer a nível da filosofia, quer na psicologia, abordando várias perspetivas (Fisher, 2010). Nos últimos anos tem havido um aumento crescente no interesse pelo estudo sobre a felicidade, tem sido cientificamente analisada e discutida e foi caracterizada como um estado emocional positivo com sentimentos de bem-estar e prazer e pode ser amplificada através da realização de tarefas e objetivos agradáveis de se cumprir, uma vez que o significado atribuído à vida está de acordo com o que tenha um significado para o indivíduo, um motivo de prazer para o mesmo (Csikszentmihalyi, 1990 citado por Marques et al., 2021).

A definição de felicidade no campo da psicologia tem, ao longo dos últimos anos, sofrido alterações, à semelhança de outros conceitos, acompanhando a evolução e as construções sociais associadas ao que se considera ser feliz. Apesar de não existir consenso sobre a existência de uma única definição, existem diversas correntes ideológicas a ter em conta ao abordar e estudar a felicidade. Na área da psicologia este desenvolvimento de estudos e de definição do termo felicidade foi impulsionado pela psicologia positiva que se debruça essencialmente sobre experiências positivas, emoções positivas, felicidade, esperança, alegria, ou seja, características positivas individuais: carácter, forças e virtudes. Também as instituições positivas são referenciadas: organizações baseadas no sucesso e potencial humano, sejam locais de trabalho, escolas e famílias (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Para Diener (1984), a definição de felicidade e bem-estar podem ser agrupadas em três grandes categorias. Uma primeira, que diz respeito à conceção das virtudes e das normas como linhas orientadoras, sendo que as existências de comportamentos contrários podem ser associadas a

algo que pode ser julgado e que não é correto. A segunda categoria refere-se à forma como as pessoas avaliam as suas vidas (de acordo com os seus próprios critérios). A terceira contempla a relação existente entre afetos positivos e afetos negativos. Esta última definição está interligada a uma ligação emocional agradável e que causa bem-estar/prazer.

Ao abordar as diferentes conceptualizações da definição de felicidade, vamos encontrar em vários estudos a sua associação ao bem-estar subjetivo. O bem-estar é subjetivo (BES) diz respeito ao próprio indivíduo (estando ausentes condições objetivas como saúde, conforto, riqueza, etc). O BES e a sua relação com afetos positivos e negativos que não surgem como polos opostos, em que a felicidade não é a ausência de infelicidade. De acordo com Fredrickson et al. (2000), os afetos agradáveis e desagradáveis são variáveis independentes. Por último, é ainda defendido que o BES deve ter em consideração todos os aspetos da vida de um indivíduo e a forma como ele se sente e posiciona sobre a sua própria vida.

Seligman (2004) define um conjunto de fatores que propõem que o BES pode ser medido através da emoção positiva, engajamento, sentido de vida, realização positiva e relacionamentos positivos. Para além dos aspetos referidos, no que diz respeito à felicidade e à sua subjetividade, também surgem outros estudos que analisam outros fatores que podem influenciar a felicidade, tal como a idade e o género. De entre os vários estudos realizados, podemos destacar Inglehart (1990) onde se conclui que o fator idade influencia de forma praticamente nula o BES e consequentemente a felicidade. No que se refere ao género, Haring et al. (1984), através de uma grande variedade de estudos (146 estudos), descobriram que o género contribuiu com menos de 1% para a variação dos índices de bem-estar reportados.

Surge assim, a necessidade de encontrar fatores que expliquem os diferentes conceitos de felicidade existentes em cada ser humano. A psicologia positiva contribui significativamente para este campo, MihalyCsikszentmihaly criou o conceito de flow (experiência de fluxo). Para o autor o fluxo, como o próprio nome indica, diz respeito a uma variação ao longo da vida de sensações e emoções. Neste campo o autor contribui ainda com o termo resiliência, ou seja, com a capacidade que cada indivíduo tem de se adaptar às situações adversas. Este termo ajuda na compressão das forças humanas, das suas potencialidades (Paludo & Koller, 2007).

A Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, conduziu há 85 anos o mais longo estudo científico sobre felicidade da história. Este estudo denominado "Estudo sobre o Desenvolvimento do Adulto" teve início em 1938 com cerca de 700 adolescentes. Alguns deles eram estudantes da Universidade de Harvard e outros viviam nos bairros mais pobres de Boston. (Waldinger, Schulz, 2003). De acordo com os mesmos autores as conclusões principais e mais importantes a que chegaram são as que enunciamos de seguida:

As boas relações são fundamentais para a felicidade – as pessoas que tinham relações próximas e de apoio com a família e os amigos eram mais felizes e saudáveis do que as que estavam socialmente isoladas.

A qualidade, e não a quantidade, é importante nas relações – a qualidade das nossas relações, e não o número de amigos que temos, é que contribui para o nosso bem-estar.

A importância das ligações sociais – as pessoas que estão socialmente ligadas à família, aos amigos e à comunidade não só são mais felizes, como também são mais saudáveis e vivem mais tempo.

Para Ruggeri et al. (2020) o bem-estar tem sido associado ao sucesso a nível profissional, pessoal e interpessoal, sendo que os indivíduos com um elevado nível de bem-estar apresentam maior produtividade no local de trabalho, uma aprendizagem mais eficaz, maior criatividade, mais comportamentos pró-sociais e relações positivas.

A riqueza material e o sucesso profissional não são a chave para a felicidade – as pessoas que dão prioridade à riqueza e ao estatuto em detrimento de relações significativas e do crescimento pessoal tendem a ser menos felizes e mais propensas a problemas de saúde mental. A adversidade pode ser uma oportunidade de crescimento – as pessoas que passaram por dificuldades e as ultrapassaram tendem a ter um maior sentido de objetivo e resiliência.

O envelhecimento pode ser caracterizado por um período de autorrealização e felicidade. De acordo com Gomes et al. “Um trajeto de vida mais longo e gratificante proporciona oportunidades de crescimento pessoal, de satisfação, de autorrealização e bem-estar geral” (2021, p.166).

Ao longo dos anos, uma das formas de avaliar a felicidade foi através de escalas e de todas as que tivemos conhecimento a que melhor se aplica a este estudo é a Escala de Felicidade Subjetiva, uma vez que os autores Lyubomirsky e Lepper (1997) defendem que a felicidade não pode ser apreendida através da influência exclusiva de emoções positivas e ou de satisfação com a vida. Os autores defendem que só através da perceção subjetiva que é possível compreender a existência de pessoas felizes apesar das adversidades e acontecimentos mais negativos durante a sua vida. A escala defendida pelos autores assentou na ideia de que é possível medir a felicidade de cada um, tendo em conta essa subjetividade. A escala em causa, utilizada como instrumento de recolha de dados, foi a “Escala de Felicidade Subjetiva” (SHS, Lyubomirsky & Lepper, 1999; Versão Portuguesa para adultos de Pais-Ribeiro, 2012)

MÉTODO

Tendo em conta o objetivo delineado, de caracterizar a definição de felicidade, bem como, o índice de felicidade subjetiva numa amostra de estudantes de ciências sociais no ensino superior, optou-se por uma análise quantitativa.

Participantes

A nossa amostra foi constituída por 120 participantes estudantes do 3.º ano da licenciatura de Ciências Sociais da Universidade Aberta – Minor em Psicologia do ano letivo 2023-2024.

Foram excluídos da amostra participantes que já frequentassem pela 2.^a vez o 3.^o ano do curso uma vez que são abordados conteúdos relacionados com a felicidade ao nível do 3.^o ano. A amostra é essencialmente do género feminino, 78,3% o que está proporcional ao género de estudantes no curso de Licenciatura em Ciências Sociais, e 21,7% do género masculino (Quadro 1).

A média de idades da nossa amostra situa-se entre os 40 e 50 anos de idade, sendo que o/a aluno mais novo tem 26 anos e o mais velho 58 anos. Em termos de distribuição da amostra por faixa etária em percentagem é possível encontrar a seguinte: entre os 20 e os 30 anos (5,8%), entre os 30 e os 40 anos (26,6%), entre os 40 e os 50 anos (47,5%) e os 50 e 60 anos (20%).

Relativamente ao estado civil, cerca de 65% dos participantes são casados(as) ou vivem com o/a seu/sua companheiro/a. De seguida, com maior expressão encontramos os/as solteiros/as (20%) e por último os divorciados/as (15%).

Quadro 1. *Distribuição da amostra por género, idade por faixa etária e estado civil.*

Variáveis	Frequência	Percentagens
Género		
Feminino	94	78,30%
Masculino	26	21,70%
Total	120	100,0%
Idade por faixa etária		
25-34	13	10,83%
35-44	53	44,16%
45-54	48	40%
55-65	6	5%
Total	120	100,0%
Estado Civil		
Casado(a) / companheiro(a)	78	65%
Solteiro(a)	24	20%
Divorciado(a)	18	15%
Total	120	100,0%

Ao nível de escolaridade os nossos estudantes, por vezes, já têm uma licenciatura ou mesmo Mestrado o que podemos verificar no Quadro 2. A amostra é constituída por estudantes do terceiro ano da licenciatura de ciências sociais, onde 55,8% da amostra já tinha pelo menos um ciclo de estudos do ensino superior concluído anteriormente (licenciatura e/ou mestrado).

Quadro 2. *Distribuição da amostra pelo grau de escolaridade*

Escolaridade	Frequência	Percentagens
Ensino Superior incompleto	67	55,8%
Ensino Secundário completo (12. ^o ano)	44	36,7%
Licenciatura	4	3,3%
Ensino Secundário incompleto (menos de 12. ^o ou equivalente)	3	2,5%
Pós-graduação/especialização	1	0,8%
Mestrado	1	0,9%
Total	120	100%

Instrumentos

Tratou-se de um estudo exploratório, sendo utilizado um questionário através do google forms com informação sociodemográfica, a Escala de Felicidade Subjetiva e uma pergunta de resposta aberta sobre a definição de felicidade, analisada através da análise do discurso em que foram agrupadas por temas ou categorias, segundo o procedimento de análise de conteúdo (Bardin, 2011), o que permitiu a construção de tabelas descritivas.

Foi utilizada a Escala de Felicidade Subjetiva (SHS, Lyubomirsky & Lepper, 1999; Versão Portuguesa para adultos de Pais-Ribeiro, 2012). A Escala de felicidade subjetiva é composta por quatro itens, que são afirmações em que, em duas, se pede para se caracterizarem a si próprio/a e por comparação com os seus pares, quer em termos absolutos quer relativos (itens dois e três), os outros dois itens consistem em descrições de felicidade e infelicidade. Pediu-se aos participantes para indicarem a extensão em que as afirmações os ou as caracterizam, e a resposta é dada numa escala análoga visual com sete posições, ancorada em duas afirmações antagónicas que expressam o nível de felicidade ou a sua ausência.

Procedimento

Na página inicial do inquérito constava o "Termo de esclarecimento e consentimento", onde era explicado o projeto de investigação, os critérios de inclusão na amostra, a informação sobre a confidencialidade e anonimato, e sobre a participação voluntária. Caso o participante concordasse, avançava para o instrumento de pesquisa, que poderia ser interrompido a qualquer momento sem prejuízo para os/as participantes. Somente após finalizar, gravar e enviar o questionário preenchido, a participação ficava gravada na base de dados. O questionário não recolheu dados pessoais que pudessem identificar cada um dos/as participantes.

RESULTADOS

De seguida, apresentamos os dados obtidos na Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky & Lepper, 1999, mais especificamente na versão portuguesa para adultos de Pais-Ribeiro, 2012.

A primeira questão onde era solicitado aos participantes que refletissem como se sentem em geral no que respeita à felicidade, numa escala de 1 a 7, em que 1 é uma pessoa que não é muito feliz e 7 muito feliz. Nos resultados obtidos verificou-se que os estudantes assinalaram estar a maior parte entre o nível 5 e 6 da escala, sendo que no nível 5 temos 35,8% estudantes e no nível 6, 39,2% dos participantes. 9,2% da amostra considerou-se “muito feliz” (escala 7). O quadro 3 sintetiza a informação obtida na escala.

Quadro 3. *Questão 1: “Em geral, considero-me...”*

Escala de resposta	Frequência	Percentagens
1	1	0,8%
2	1	0,8%
3	2	1,7%
4	15	12,5%
5	43	35,8%
6	47	39,2%
7	11	9,2%
Total	120	100%

Como podemos verificar no Quadro 4, em que são apresentados os resultados da segunda questão, que se destinava a saber sobre a forma como se sentem em comparação a outras pessoas, se menos felizes ou mais felizes.

Quadro 4. *Questão 2 - “Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me...”*

Escala de resposta	Frequência	Percentagens
1	0	0%
2	3	2,5%
3	2	1,7%
4	20	16,6%
5	44	36,7%
6	39	32,5%
7	12	10%
Total	120	100%

Na segunda questão, em que eram questionados sobre a forma como se sentem em comparação a outras pessoas, é possível verificar que a maior parte se enquadra entre o nível 5 (36,7%) e 6 (32,5%), ou seja, níveis moderados/elevados. De seguida apresentamos no Quadro 5 os resultados da terceira questão em que os participantes eram convidados a refletir sobre o seu posicionamento quanto a uma afirmação.

Quadro 5. *Questão 3- “Como vê o positivismo na sua vida”*

Escala de resposta	Frequência	Percentagens
1	4	3,3%
2	7	5,8%
3	15	12,5%
4	21	17,5%
5	33	27,5%
6	23	19,2%
7	17	14,2%
Total	120	100%

No Quadro 5 podemos verificar três níveis de respostas a salientar, em que 1 é de modo nenhum e nível 7 em grande parte. Surge-nos com maior percentagem o nível 5 (27,5%), seguindo-se 6

(19,2%) e 4 (17,5%). No Quadro 6 apresentamos os resultados da última questão da escala, em que era solicitado aos participantes que assumissem uma posição relativamente a eles mesmos, perante a frase “Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser”. Ao analisar os dados obtidos verificamos que as respostas se situam maioritariamente entre o nível 1 e 2, com 22,5% e 25,8% respetivamente.

Quadro 6. *Questão 4 - “Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser”*

Escala de resposta	Frequência	Percentagens
1	27	22,5%
2	31	25,8%
3	22	18,3%
4	21	17,5%
5	10	8,3%
6	9	7,6%
7	0	0%
Total	120	100%

No Quadro 7 apresentamos, através de análise de conteúdo, as respostas à pergunta aberta que foi elaborada, sendo a mesma: “Diga em poucas palavras, para si, o que é felicidade?”. As respostas obtidas foram organizadas de acordo com as categorias descritas no Quadro 7. Estas categorias são superiores ao número de participantes, uma vez que nos discursos dos participantes encontramos mais do que uma categoria e obtivemos um total de 189 respostas agrupadas em categorias.

No que se refere à questão de resposta aberta onde era questionado aos participantes “Por favor, diga em poucas palavras, para si o que é felicidade perceptível?”, aparece-nos a categoria saúde com 35%, seguindo-se Família e amigos com 29% e em 3.º lugar com 20% Sem dificuldades financeiras. Sabemos que os preditores da felicidade mudam com a idade, como por exemplo, a satisfação com as relações sociais e a saúde assumem maior relevância com o avançar da idade (Herzog et al., 1982, citado por Neto, 1996). A questão de aceitação com o aumento da faixa etária torna-se mais evidente (Quadro 8). Ao observarmos o estado civil podemos constatar uma variação dos conceitos, consoante o tipo de agregado familiar (casado/união de facto, solteiro (a) ou divorciado(a)). O Quadro 9 ilustra de forma clara as diferenças das categorias, consoante o estado civil dos participantes. Ao analisar o Quadro 9 verifica-se que os participantes casados ou com companheiro(a) associam a sua felicidade em grande parte à família (42%), seguida da saúde (23%). Nos participantes solteiros(as) diminui a frequência das respostas referidas anteriormente, aparecendo novas categorias como o equilíbrio. Por último, no que se refere aos participantes divorciados(as), a categoria de família e amigos aumenta de frequência (40%), aproximando-se das percentagens do grupo dos casados(as)/união de facto (42%).

Quadro 7. *O que é para si felicidade?*

Categorias	N	Percentagens	Excertos das respostas
Harmonia	12	10%	“Harmonia”; “É equilíbrio/satisfação psicológico e físico, simultaneamente. Mas esse ponto de equilíbrio varia.”
Equilíbrio	11	9%	“Estado de equilíbrio e satisfação geral com as condições de vida.”; “É equilíbrio/satisfação psicológico e físico, simultaneamente.”; “Felicidade para mim é estar em equilíbrio com todos e com tudo o que me rodeia.”
Saúde	42	35%	“Verificar que os meus familiares diretos, pais, filhos, cônjuge têm saúde (...); “Pleno bem-estar físico e emocional”; “Quando acordo e vejo que todos os que amo, ao meu redor, têm saúde, e conforto (...); Ter a família por perto e saúde”; “Ter saúde, assim como os meus familiares (...); “Ter saúde.”
Paz	16	13%	“A possibilidade de estar em paz (...); Viver em paz no dia a dia”; “Estar em Paz e ter liberdade financeira.”; “É ter paz de espírito, tranquilidade (...); “É estar em paz, sem conflitos e harmonia.”; “Sentir-me em paz.”
Família e amigos	35	29%	“E são muitíssimas as coisas que me deixam alegre e contribuem para a minha felicidade, por exemplo, a família, os amigos (...); “(...) conviver com amigos e família.”; “(...)rodeada da família e amigos mais próximos.”; “Ter a família junta (...); “felicidade é poder partilhar alegrias e tristezas junto dos meus amigos e familiares (...); “Ver a união familiar consolidada (...); “Ter a família por perto (...); “É estar com a minha família, sem preocupações com o trabalho.”; “Viver o dia a dia rodeada pelas pessoas que amo e me fazem sentir feliz (...); “Felicidade é estar em paz com a minha família e amigos”; “Ser mãe”; “O conforto da família, o companheirismo dos amigos, a simpatia dos vizinhos.”
Sem dificuldades financeiras	24	20%	“Ter um ambiente externo calmo, saudável, economicamente razoável”; “Ter dinheiro suficiente para as nossas necessidades básicas, como manter a casa, etc.”; “Estar em Paz e não ter liberdade financeira.”; “Ter capacidade económica para satisfazer as minhas necessidades.”
Bem-estar pessoal	36	3%	“Sentir-se bem consigo, com os outros e com o ambiente que nos rodeia”; “É um estado de bem-estar (...); “Um estado de autoaceitação (...); “A felicidade consiste em aceitarmos o mundo como ele é, (...); “Aceitar a vida como ela é e com tudo o que temos.”
Aceitação	7	6%	“Momentos de plena alegria (...); “(...) alegria de viver e vitalidade.”
Total	189	100%	

Quadro 8. *Distribuição das categorias por faixa etária*

Faixa etária	Categorias	N	Percentagens
25-34	Harmonia	1	7%
	Equilíbrio	0	0%
	Saúde	2	10%
	Paz	5	30%
	Família e amigos	2	15%
	Sem dificuldades financeiras	6	38%
	Bem-estar pessoal	0	0%
	Aceitação	0	0%
Total		16	100%
35-44	Harmonia	1	2%
	Equilíbrio	2	3%
	Saúde	24	38%
	Paz	10	15%
	Família e amigos	17	27%
	Sem dificuldades financeiras	7	12%
	Bem-estar pessoal	2	2%
	Aceitação	1	1%
Total		64	100%
45-54	Harmonia	0	0%
	Equilíbrio	2	3%
	Saúde	22	39%
	Paz	7	12%
	Família e amigos	17	31%
	Sem dificuldades financeiras	7	12%
	Bem-estar pessoal	1	2%
	Aceitação	1	1%
Total		57	100%
55-65	Harmonia	0	0%
	Equilíbrio	0	0%
	Saúde	3	42%
	Paz	1	10%
	Família e amigos	2	28%
	Sem dificuldades financeiras	1	10%
	Bem-estar pessoal	0	0%
	Aceitação	1	10%
Total		8	100%

Quadro 9. *Distribuição das categorias por estado civil*

Estado civil	Categorias	Frequência	Percentagens
Casado(a)/ companheiro(a)	Harmonia	2	2%
	Equilíbrio	0	0%
	Saúde	20	23%
	Paz	1	1%
	Família e amigos	36	42%
	Sem dificuldades financeiras	12	14%
	Bem-estar pessoal	5	7%
	Aceitação	9	11%
Total		86	100%
Solteiro(a)	Harmonia	0	0%
	Equilíbrio	3	9%
	Saúde	9	29%

Estado civil	Categorias	Frequência	Percentagens
Total	Paz	2	7%
	Família e amigos	12	38%
	Sem dificuldades financeiras	3	9%
	Bem-estar pessoal	2	5%
	Aceitação	1	3%
	Total	32	100%
Divorciado(a)	Harmonia	1	5%
	Equilíbrio	0	0%
	Saúde	6	25%
	Paz	3	10%
	Família e amigos	10	40%
	Sem dificuldades financeiras	5	20%
	Bem-estar pessoal	0	0%
	Aceitação	0	0%
	Total	25	100%

DISCUSSÃO

Nos resultados apurados para a primeira questão pela Escala de Felicidade Subjetiva (SHS, Lyubomirsky & Lepper, 1999; Versão Portuguesa para adultos de Pais-Ribeiro, 2012), verificou-se que os participantes assinalaram estar a maior parte entre o nível 5 e 6 da escala, 75%. No que se refere ao nível máximo em que assinalam a opção muito feliz enquadram-se 9,2%. Estas respostas vêm ao encontro de várias avaliações que foram realizadas através de escalas diferentes e que têm em comum como resposta que a maior parte das pessoas são felizes (Diener & Diener, 1996, citado em Neto, 2006; Ruggeri et al., 2020).

De acordo com Neto, 2006, estas avaliações positivas caracterizam todos os grupos etários, todos os géneros, raças e meios de avaliar a felicidade. Ao procurarmos explicações para este facto, encontramos uma primeira hipótese em que se observa uma linha de base positiva no que diz respeito ao afeto nos seres humanos, mas que os mesmos se podem afastar desta linha após acontecimentos positivos ou negativos (Headey & Wering, 1992, citado em Neto, 1996). Os mesmos autores acrescentam que este ponto depende do temperamento e da socialização da pessoa. Assim, se relacionarmos com o facto de que a nossa amostra esteve sujeita a acontecimentos negativos (Covid19), Reis e Silva (2022) podemos pensar que esta teoria não se aplica à nossa amostra a não ser que a grande maioria teria uma socialização com base motivacional positiva, o que vai ao encontro de uma segunda explicação que tem a ver com os fatores motivacionais que fazem com que as pessoas não estejam a maior parte do tempo com humor negativo (Neto, 1996).

Na segunda questão, em que eram questionados sobre a forma como se sentem em comparação a outras pessoas, é possível verificar que a maior parte se enquadra entre o nível 5, 6 (69,2%), níveis moderados/elevados. Podemos pensar que esta questão e as respostas obtidas evidenciam o BES, uma vez que os padrões de felicidade refletidos têm por base sentimentos e que a palavra

felicidade expressa os componentes afetivos do BES. BES é um aspeto do bem-estar psicológico, sendo necessário, mas não suficiente, para a pessoa estar bem na vida (Seligman, 2004).

Se relacionarmos estas duas respostas (Quadro 5 e 6), podemos notar que as pessoas são felizes, uma vez que a maioria regista estar de acordo com a frase (Quadro 5), o que quer dizer que são felizes e têm grande capacidade de resiliência. Apresentam grande poder de se adaptar e a positividade faz parte da sua vida. Nas respostas registadas no Quadro 6 regista-se essencialmente o nível da pontuação da escala de 1 a 3, o que significa que não estão de acordo com a frase, não se consideram infelizes. Inclusive no nível 7, que seria em grande parte infeliz, aparece 0%.

Investigações já realizadas (Waldinger & Schulz, 2003) em que relacionam a faixa etária com a felicidade referem que não existe grande diferença entre as várias idades, no entanto quisemos conhecer a nível da nossa amostra se existia relação entre as categorias identificadas com a definição de felicidade e a idade, com o objetivo de verificarmos se íamos ao encontro do já defendido por outros estudos em outras realidades culturais e internacionais.

Ao relacionarmos a faixa etária com as categorias, podemos verificar que nas faixas etárias mais baixas (25-34) a felicidade encontra-se mais relacionada com não terem dificuldades financeiras (38%) e com a paz (30%). À medida que a faixa etária vai aumentando nos participantes (35-44) e seguintes, a felicidade e o seu conceito aparecem associados à saúde e relações sociais (família e amigos). Estes resultados estão de acordo com (Waldinger & Schulz, 2003), uma vez que as pessoas tendem a tornar-se mais felizes e mais realizadas à medida que envelhecem. As relações sociais também são muito importantes, essencialmente a família e amigos.

Este estudo teve como objetivo caracterizar a definição de felicidade, bem como, o índice de felicidade subjetiva numa amostra de estudantes de ciências sociais no ensino superior. É um estudo exploratório, recorreremos a um questionário através do google forms com informação sociodemográfica, a Escala de Felicidade Subjetiva e uma pergunta de resposta aberta sobre a definição de felicidade, analisada através da análise do discurso em que foram agrupadas por temas ou categorias, segundo o procedimento de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A felicidade é uma procura quase constante das pessoas ao longo da vida. Várias são as definições que encontramos e as mesmas estão associadas de acordo com alguns autores ao bem-estar subjetivo (Fredrickson et al., 2000; Seligman, 2004). A nossa amostra é maioritariamente do género feminino e é casado(a) ou vive com o/a seu/sua companheiro/a. No que respeita à felicidade, 75% respondeu ser feliz o que vai ao encontro de outros estudos realizadas através de escalas diferentes (Diener & Diener, 1996, citado por Neto, 2006; Ruggeri et al., 2020). A nível da pergunta aberta sobre a definição de felicidade e após categorizada, é de realçar 3 categorias: Saúde, Família e amigos e Sem dificuldades financeiras, o que não está diretamente relacionada com alguma definição de felicidade, mas sim com o Bem-estar subjetivo (Fredrickson et al., 2000; Seligman, 2004).

Este estudo teve como limitações: a escolha de uma única instituição e de um único ano de ensino superior como contexto da investigação, que, segundo Yin (2009), não é possível extrapolar os resultados a outras instituições de ensino superior. Outra limitação desta investigação é o facto de o processo de amostragem não ter sido aleatório, uma vez que foi a turmas que frequentavam o Curso em Ciências Sociais - Minor em Psicologia, o que limita a generalização dos resultados, mesmo dentro da instituição de ensino superior estudada, ou seja, estes são válidos apenas no âmbito da amostra que foi analisada.

Estudos futuros poderiam aprofundar as implicações da felicidade na qualidade de vida e nas relações intergeracionais, alargando e diversificando o número de participantes a nível de Licenciaturas diversas. Também poderiam investigar se a felicidade é influenciada por terem filhos e se o momento do nascimento dos mesmos influenciou a felicidade, uma vez que alguns autores defendem essa interferência (Waldinger & Schulz, 2003) e outros defendem que contextos que permitem a escolha da parentalidade, os filhos estão associados a uma maior felicidade (Cetre, 2016).

Como potencialidades do estudo apresentado, o mesmo poderá contribuir para o estudo da felicidade e bem-estar noutros estabelecimentos de ensino superior, contribuindo assim de forma mais sistemática para esta área de investigação. Através destes estudos será possível compreender a importância de conceitos como a felicidade e qualidade de vida na vida dos estudantes assim como das suas relações interpessoais.

REFERÊNCIAS

- Ahmed, S. (2008). Multiculturalism and the promise of happiness. *New Formations*, 63, 17.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Bendassolli, P. F. (2007). Felicidade e trabalho. *GV-executivo*, 6(4), 57-61.
- Carvalho, H. W., Andreoli, S. B., Lara, D. R., Patrick, C. J., Quintana, M. I., Bressan, R. A., & Jorge, M. R. (2013). Structural validity and reliability of the positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Evidence from a large Brazilian community sample. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 35(2), 169-172.
- Cetre, S., Clark, A. E., & Senik, C. (2016). Happy People Have Children: Choice and Self-Selection into Parenthood. *European Journal Of Population*, 32(3), 445-473. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9389-x>
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. Harper & Row.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with Life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 91-95.

- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and Subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener e N. Schwarz (Eds), *Wellbeing: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds), *Subjective well-being* (pp. 119-139). Pergamon.
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 47, 871-883.
- Fisher, C. D. (2010). Happiness at Work. *International Journal of Management Reviews*, 12, 384-412. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x>.
- Gomes, J., Galvão, A. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (Coord.), *Olhares sobre o Envelhecimento. Estudos interdisciplinares* (pp. 159-168). Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira
- Lipovetsky, G. (2007). *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. Edições 70.
- Lyubomirsky, S., King, L.A., & Diener, E. (2000). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–855.
- Marques, L., Brandão, I., Duque, E., & Silva, T. (2021). Percepções de felicidade na perspectiva de mulheres idosas. Um estudo de caso a partir da cidade de Brasília. In M. B. Vázquez (Ed.), *Lucas en el camino: Filosofía y ciencias sociales en tiempos de desconcierto* (pp. 1701-1722). Dykinson S.L.
- Maslow, A. H. (1987). *Motivation and personality*. Pearson Education.
- Mcmahon, D. M. (2009). *Uma história da felicidade*. Edições 70.
- Neto, F. (1996). *Psicologia Social Aplicada*. Universidade Aberta.
- Paludo, S. S., Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paideia*, 17(36), 9-20.
- Rastelli, C., Calabrese L., Miller C., Raffone, A., & De Pisapia, N. (2021). The art of happiness: An explorative study of a contemplative program for subjective well-being. *Frontiers in Psychology*, 12, 600982.
- Reis, L., & Silva, A. (2022). Vivências e estratégias de adaptação de brasileiros(as) e portugueses(as) durante a pandemia da Covid-19. In J. Klauss, I. K. N. Moraes & P. G. Freitas. *Aportes teóricos, prática e inovação em Ciências da Saúde*. Editora Publicar. <https://doi.org/10.47402/ed.ep.c202214624495>.
- Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S., Huppert, F. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health Qual Life Outcomes*, 18, 192. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>.

- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist Association*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar* (Flourishing: A new understanding of the nature of happiness and well-being) (C. P. Lopes, Trad.). Objetiva.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Felicidade Autêntica: Usando a nova Psicologia Positiva para a realização permanente* (Authentic Happiness: Using the new Positive Psychology for permanent accomplishment) (N. Capelo, Trad.). Objetiva.
- Waldinger, R., Schulz, M. (2003). *The Good Life*. Simon & Schuster.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

ESTUDO DE STRESS, COPING E SAÚDE MENTAL NOS PORTUGUESES

Graça Blanco¹ (grablan@gmail.com), & José Luís Pais-Ribeiro^{2,3}

¹ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal,

²William James Center for Research, ISPA - Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

³Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade do Porto, Porto, Portugal

Os fatores de stress e características de vulnerabilidade e resiliência, impactam na perceção de mal-estar e são impactadas por cada cultura, associando-se aos estilos de coping (EC) e aos padrões de procura de apoio psicológico (APA, 2014). O trabalho de Hans Selye (1978) deu popularidade ao conceito de stress, definindo stress como uma manifestação sindrómica que abarca todas as alterações do sistema biológico, e postulou que todo o indivíduo vive num processo constante de ajustamento às circunstâncias, e que o segredo do bem-estar assenta numa adaptação bem-sucedida, e a doença resultado do conflito entre as fontes de agressão e as defesas. Selye relacionou com a psicologia Gestalt vendo os sistemas biológico, fisiológico e psicológico como integrados numa só unidade funcional, e os seus pressupostos foram alargados à expressão emocional e comportamental (Selye, 1978). Mais tarde, Lazarus e Folkman (1984) defenderam que a resposta ao stress depende da avaliação do indivíduo face ao exterior e das estratégias usadas para se ajustar. Quando as solicitações do meio superam os recursos, o indivíduo experiencia stress. O coping refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais para superar, reduzir ou tolerar o desequilíbrio da relação entre o indivíduo e as exigências do meio (Folkman & Lazarus, 1985).

Os EC visam controlar essas exigências, podendo ser operacionalizadas como facilitadores da adaptação dos indivíduos (Holahan & Moos, 1987), que podem ter padrões particulares de resposta a diferentes situações estressantes (Carver et al., 1989; 2010; Fleishman, 1984; Miller et al., 1988). Dada a complexidade e variedade dessas respostas, têm sido várias as formas de agrupar e diferenciar os diferentes EC (Skinner et al., 2003). A distinção de Lazarus e Folkman (1985) foi das primeiras e distingue entre o coping focado no problema e o coping focado na emoção. Outra distinção, é entre EC de compromisso, que visa lidar com o *stressor*, e EC de evitamento, que visa evadir-se da ameaça (Skinner et al., 2003). Pode distinguir-se entre coping adaptativo e coping não adaptativo, mediante a sua adequação às contingências e eficácia na gestão do stress. Um repertório adequado de recursos de coping providencia uma defesa crítica, ao proteger a saúde global e o ajustamento social (Penley et al., 2002). Há, ainda, perspetivas que se baseiam na gestão de situações agressoras, as abordagens contextuais, que pressupõem que as avaliações cognitivas dos indivíduos conduzem a respostas específicas, transitórias e

situacionais. As perspectivas estilísticas, ou disposicionais, defendem a estabilidade e tendências habituais de respostas, ao longo do tempo (Moos & Holahan, 2003). Carver et al. (1989) consideraram que cada indivíduo tem estilos preferenciais, que se tornam relativamente perduráveis, influenciados pelas características de personalidade. Nielsen e Knardahl (2014) encontraram elevada estabilidade nos EC adotados, sugerindo que, os EC, apesar de mais maleáveis que a personalidade, têm alguma dessa qualidade imputada pelos traços (Nielsen & Knardahl, 2014).

A interação entre o stress percebido (SP) e os EC repercute-se na avaliação da saúde mental. A saúde mental abrange um espectro de estados psicológicos, desde o cabal bem-estar à profunda dor emocional, contemplando muito mais do que a mera ausência de perturbação psicológica (WHO, 2022). A autoavaliação da saúde mental (AASM) é profícua em investigação e em serviços de rastreio (Casu & Gremigni, 2019; Mawani & Gilmour, 2010; McAlpine et al., 2018). Uma pior AASM associa-se a problemas de saúde mental, pode prever estados depressivos (Ahmad et al., 2014; Galambos et al., 2022; Jang et al., 2012; Mawani & Gilmour, 2010) e relaciona-se com a procura e adesão de tratamento e recuperação (Fleishman & Zuvekas, 2007; Mawani & Gilmour, 2010; Zuvekas & Fleishman, 2008).

As medidas de um único item de saúde mental são úteis porque refletem a perceção do indivíduo sobre sua saúde mental (Casu & Gremigni, 2019; Fava et al., 2019). A estrutura paralela de redação dos itens da autoavaliação geral da saúde, que se comprovou como preditor forte de mortalidade e morbidade (Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Schnittker & Bacak, 2010), e da AASM sugere que, esta última, mede aspetos da saúde mental de forma igualmente robusta, fornecendo informação relevante sobre o estado psicológico do indivíduo, numa determinada altura e no controlo durante as várias fases da vida (Galambos et al., 2022; McAlpine et al., 2018). Ahmad et al. (2014) mostraram que a AASM reflete a saúde mental das populações, e avalia respostas às políticas e intervenções.

De acordo com o previamente exposto, investigámos a perceção subjetiva de stress, saúde mental e o repertório preferencial de EC dos adultos portugueses.

MÉTODOS

Participantes

No Quadro 1 apresentam-se as características da amostra, composta por 615 indivíduos.

Quadro 1. *Principais características da amostra (N=615)*

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	448	72,85%
	Masculino	167	27,15%
Intervalo Idade	[18-25]	191	31,06%
	[26-32]	33	5,37%
	[33-40]	49	7,97%
	[41-50]	221	35,93%
	[51-60]	93	15,12%
	[61-70]	20	3,25%
	>70	8	1,30%
Escolaridade concluída	Outro	4	0,65%
	Até ao 6º ano (até ao antigo ciclo preparatório)	5	0,81%
	Até ao 9º ano (até ao antigo 5º liceal)	14	2,28%
	Até ao 12º ano (até ao antigo 7º liceal /ano propedêutico)	188	30,57%
	Bacharelato ou curso técnico superior profissional	30	4,88%
	Licenciatura	245	39,84%
	Mestrado	116	18,86%
	Doutoramento	13	2,11%
Situação socioeconómica	Má	34	5,50%
	Satisfatória	319	51,90%
	Boa	236	38,40%
	Muito boa	26	4,20%
Estatuto profissional	Empregado ou Estudante	570	92,68%
	Desempregado	26	4,23%
	Reformado	19	3,09%
Local de residência	Cidade	527	85,69%
	Meio rural	88	14,31%
Existência de doença grave	Sim	118	19,19%
	Não	497	80,81%
Apoio Psicológico Profissional	Não	315	51,22%
	Sim	300	48,78%

Material

Informação Sociodemográfica. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, a questões sobre a existência de doenças graves e recurso ao apoio psicológico profissional (APP).

Autoavaliação da saúde mental. A AASM foi medida com um único item: “Como classificaria a sua saúde mental?”, num formato de resposta de quatro pontos: “4 = excelente”, “3= boa”, “2 = má” e “1= péssima”.

Stress percebido. Para medição do stress percebido (SP) usou-se a Escala de Stress Percebido (PSS; Cohen et al., 1983; Ribeiro & Marques, 2009), composta por 10 itens respondidos em escala ordinal de 5 pontos (de 0=Nunca a 4=Muitas vezes), em que uma maior pontuação equivale a uma maior perceção de stress. As propriedades métricas desta escala, traduzida para

a população portuguesa, são similares à original, com um valor de consistência interna $\alpha=0,88$, sendo no presente estudo de $\alpha=0,90$.

Estilos de coping. As respostas de coping foram avaliadas com recurso à versão portuguesa da escala Brief COPE (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), mediante avaliação da frequência do uso de diferentes respostas, numa escala tipo Likert de 4 pontos (de 1=nunca fiz isso a 4=fiz sempre isso). Pontuações mais altas indicam maior frequência de uso de dado estilo de coping. Os itens estão distribuídos por 14 subescalas, de 2 itens: (1) autodistração, (2) coping ativo, (3) negação, (4) uso de substâncias, (5) uso de suporte emocional, (6) uso de suporte instrumental, (7) desinvestimento comportamental, (8) expressão de sentimentos, (9) reinterpretação positiva, (10) planejar, (11) humor, (12) aceitação, (13) religião, e (14) auto culpabilização. Investigações prévias suportam as propriedades psicométricas da escala BriefCOPE, como medida de investigação de EC (Carver, 1997; Pais-Ribeiro et al., 2004). A consistência interna das subescalas, na versão portuguesa, apresenta intervalo de valores entre $0,55 < \alpha < 0,84$, sendo para a presente amostra de $\alpha > 0,6$. As 14 dimensões de coping foram operacionalizadas em dois fatores de segunda ordem: estilos de coping adaptativos (ECA) e não adaptativos (ECNA), com $\alpha > 0,70$. Como ECA foram consideradas as subescalas (2), (10), (9), (12), (13), (11), (5) e (6) e como ECNA consideraram-se as subescalas (1), (3), (8), (4), (7) e (14) (Alves et al., 2022; Furman et al., 2018; Machado et al., 2021; Pérez-García et al., 2014).

Procedimento

O questionário definitivo foi colocado na plataforma GoogleForms e partilhado, mediante link. Os participantes foram informados acerca do âmbito e objetivos da investigação, do seu caráter voluntário, estando garantido o anonimato. Foi solicitado o entendimento cabal dessa informação, antes de poderem prosseguir. Todas as questões eram de resposta obrigatória, pelo que todos os participantes tiveram de completar os instrumentos, podendo, no entanto, desistir em qualquer momento. O critério de elegibilidade considerado foi a idade superior a 18 anos.

RESULTADOS

A análise de correlação entre as variáveis medidas apresenta-se no Quadro 2. A AASM associa-se negativamente ao SP e aos ECNA; o SP apresenta uma correlação positiva com os ECNA e negativa com os ECA.

Quadro 2. *Análise de correlação entre as variáveis psicológicas medidas*

		ASSM	Stress	ECA	ECNA
ASSM	Correlação de Pearson				
SP	Correlação de Pearson	-0,57**			
ECA	Correlação de Pearson	0,29**	-0,27**		
ECNA	Correlação de Pearson	-0,31**	0,48**	0,05 ^{ns}	

Nota. ** A correlação é significativa no nível 0,001 (2 extremidades); *ns*: não significativa

As dimensões de Coping ativo, Planeamento e ECA foram os estilos mais utilizados pelos participantes. A média dos valores dos ECA ($M=2,79$; $DP=0,84$) apresenta-se mais elevada que a dos ECNA ($M=1,82$; $DP=0,72$).

Os resultados brutos de SP foram divididos por níveis de SP: pontuações entre 0 e 14 foram consideradas como nível baixo de stress, entre 15 e 25 como níveis moderados e resultados superiores a 26 como nível elevado de stress (Quadro 3). A média de SP, $M=18,62$ ($DP=6,77$), evidencia níveis moderados para a amostra em estudo, dada a incidência no intervalo de valores entre o intervalo [15,25]. 75,30% dos participantes avaliaram a sua saúde mental como boa (Quadro 4).

Quadro 3. *Análise de percentis para resultados brutos de SP e segmentação de níveis de SP*

Níveis de stress	N (%)
Baixo	172 (27,97%)
Moderado	343 (55,77%)
Elevado	100 (16,26%)

Quadro 4. *Frequência da AASM*

AASM	Frequência	Percentagem
Péssima	5	0,80%
Má	104	16,90%
Boa	463	75,30%
Excelente	43	7,00%

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos EC por sexos, com os valores mais elevados nas mulheres nas dimensões de suporte instrumental ($t=3,59$, $p<0,001$), suporte social e emocional ($t=6,25$, $p<0,001$), religião ($t=2,92$, $p=0,004$), expressão de sentimentos ($t=3,84$, $p<0,001$), autodistração ($t=3,35$, $p<0,001$), ECA ($t=3,20$, $p<0,001$) e ECNA ($t=2,98$, $p=0,003$).

As principais diferenças estatisticamente significativas entre os EC e a idade dos participantes foram nas dimensões de: coping ativo ($H=20,04$, $p=0,003$), mais usado nos que têm entre 61-70 anos, comparativamente aos que têm 18-25 anos; suporte instrumental ($H=12,66$, $p=0,049$), mais elevado nos que têm entre 26 e 32 anos comparativamente aos que tem 41-50 anos e mais de 70 anos; suporte social e emocional ($H=40,42$, $p<0,001$), mais alto nos que têm entre 26 e 32 anos, relativamente aos mais velhos; religião ($H=42,82$, $p<0,001$), sendo mais um estilo

mais usado nas idades entre 51-60 anos e nos que tem 18-25 anos e 41-50 anos; reinterpretação positiva ($H=25,88$, $p<0,001$), mais usada nos que têm entre 61-70 anos comparativamente aos que tem 18-25 anos e 33-40 anos; a autoculpabilização ($H=68,89$, $p<0,001$), a autodistração ($H=73,35$, $p<0,001$) e os ECNA ($H=87,35$, $p<0,001$) que decrescem com a idade; expressão de sentimentos ($H=17,46$, $p=0,008$) é mais elevada nos que têm entre 18-25 anos comparativamente aos que têm entre 41-50 anos, 51-60 anos e 61-70 anos; negação ($H=14,49$, $p=0,025$), mais elevada nos que têm mais de 70 anos comparativamente aos que têm 41-50 anos; desinvestimento comportamental ($H=18,18$, $p=0,006$), mais elevado nos 18-25 anos relativamente aos que têm entre 41-50 anos e maiores de 70 anos.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes com o ensino superior e aqueles com o ensino secundário, com os primeiros recorrem mais ao coping ativo ($H=22,38$, $p<0,001$), planeamento ($H=7,04$, $p=0,030$), reinterpretação positiva ($H=12,43$, $p=0,002$), aceitação ($H=7,71$, $p=0,020$) e ECA ($H=9,89$, $p=0,007$). O suporte instrumental ($H=13,15$, $p=0,001$) é mais usado no ensino superior face ao ensino básico. Os indivíduos com o ensino secundário tiveram resultados superiores, face aos restantes participantes, no recurso à autoculpabilização ($H=12,86$, $p=0,002$), autodistração ($H=8,66$, $p=0,013$) e ECNA ($H=29,14$, $p<0,001$). O recurso ao suporte social e emocional ($H=6,75$, $p=0,034$) é mais elevado no ensino secundário em relação ao ensino básico; a religião ($H=12,86$, $p=0,002$) é mais usada no ensino básico que no ensino secundário; o uso da negação ($H=20,15$, $p<0,001$) é mais elevado no ensino básico que no ensino superior; os participantes com o ensino secundário recorrem mais que os do ensino superior ao desinvestimento comportamental ($H=10,86$, $p=0,004$) e uso de substâncias ($H=11,36$, $p=0,003$).

Os entrevistados do meio rural recorrem mais à expressão de sentimentos ($t=-2,08$, $p=0,040$). Os pacientes com doença grave usam mais a religião ($t=3,09$, $p=0,002$), autoculpabilização ($t=3,40$, $p<0,001$), desinvestimento ($t=3,22$, $p=0,002$) e ECNA ($t=3,89$, $p<0,001$). O recurso ao suporte instrumental ($t=5,90$, $p<0,001$), suporte social e emocional ($t=6,08$, $p<0,001$), autoculpabilização ($t=3,93$, $p<0,001$), expressão de sentimentos ($t=3,70$, $p<0,001$), negação ($t=3,72$, $p<0,001$), autodistração ($t=3,17$, $p=0,002$), desinvestimento comportamental ($t=3,90$, $p<0,001$), uso de substâncias ($t=4,10$, $p<0,001$), ECA ($t=2,87$, $p=0,004$) e ECNA ($t=6,89$, $p<0,001$), foram significativamente mais elevados nos participantes com APP.

Verificou-se que o SP difere significativamente entre homens e mulheres ($t=4,13$, $p<0,001$), sendo mais elevado nas mulheres ($M=19,30$, $DP=6,85$) do que nos homens ($M=16,79$, $DP=6,19$) e que decresce significativamente com o aumento da idade ($H=84,74$, $p<0,001$). Há variação estatisticamente significativa do SP em função da escolaridade ($F=11,42$, $p<0,001$), sendo mais elevado naqueles com o ensino secundário. Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de SP entre o meio de residência. O SP dos participantes com doença grave é mais elevado, com diferença estatisticamente significativa ($t=3,76$, $p<0,001$). Os participantes com APP têm SP mais elevado ($t=-6,61$, $p<0,001$).

Há diferenças significativas na AASM por sexo dos indivíduos ($U=34232,00$, $p=0,032$), com os homens a avaliarem mais positivamente, assim nos participantes sem doenças ($U=22326$, $p<0,001$). Encontrou-se correlação entre a AASM e a idade ($r=0,20$, $p<0,001$) e com a situação socioeconômica ($r_s=0,08$, $p<0,001$). Foram encontradas diferenças significativas em função das habilitações acadêmicas e a AASM ($H=11,23$, $p=0,004$), considerada mais favorável no grupo dos indivíduos com o ensino superior comparativamente aos que tem apenas o ensino secundário. Não foram encontradas diferenças significativas na AASM entre os participantes residentes em cidade e meio rural.

Os indivíduos com APP têm resultados da AASM inferiores ($U=36452,50$, $p<0,001$). No Quadro 5, constata-se a proporção claramente mais elevada de sujeitos que avaliaram como má a sua saúde mental e que recorrem ao APP comparativamente aos que não têm APP, com a mesma autoavaliação.

Quadro 5. *Análise de frequência de AASM e APP*

AASM	Apoio Psicológico Profissional			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Péssima	2	0,6%	3	1,0%
Má	31	9,8%	73	24,3%
Boa	243	77,1%	220	73,3%
Excelente	39	12,4%	4	1,3%
Total	315	100,0%	300	100,0%

Análises de preditores mediante regressão linear múltiplas

No Quadro 6 pode verificar-se o modelo de regressão linear múltipla (RLM), estatisticamente significativo ($F=17,22$, $p<0,001$), que explica 15% da variância do SP ($R^2=0,15$) em função das características sociodemográficas. 42% ($R^2=0,42$) da variância de SP é estatisticamente justificada pelas 14 dimensões do coping (Quadro 7).

Os ECA e ECNA explicam 32% ($R^2=0,32$) da variância do SP (Quadro 8), sendo que os ECA contribuem para a diminuição e os ECNA para o aumento do SP.

O modelo de RLM da AASM em função das 14 dimensões do coping explica 29% ($R^2=0,29$) da variação da avaliação da saúde mental (Quadro 9).

Quadro 6. *Análise das características sociodemográficas como determinantes do SP*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	27,11	2,31	-	11,74	0,000	17,22	<0,001	0,15
Sexo	-1,85	0,57	-0,12	-3,21	0,001			
Intervalo Idade	-1,40	0,16	-0,34	-8,27	0,000			
Local de residência	-1,13	0,72	-0,05	-1,54	0,122			
Habilitações	-0,16	0,46	-0,01	-0,33	0,736			
Empregado ou Estudante	-0,08	1,57	-0,00	-0,05	0,960			
Desempregado	0,84	1,98	0,02	0,42	0,674			

Quadro 7. *Análise do impacto dos EC no SP*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	18,52	1,01	-	18,32	0,000	31,48	<0,001	0,42
Coping Ativo	-0,72	0,23	-0,14	-3,03	0,002			
Planeamento	-0,19	0,24	-0,03	-,79	0,425			
Suporte Instrumental	0,24	0,19	0,05	1,27	0,204			
Suporte Social e Emocional	0,38	0,17	0,09	2,13	0,034			
Religião	0,13	0,12	0,03	1,13	0,259			
Reinterpretação Positiva	-1,11	0,18	-0,24	-6,13	0,000			
Autoculpabilização	1,20	0,17	0,24	7,09	0,000			
Aceitação	0,02	0,17	0,00	,11	0,905			
Expressão de Sentimentos	-0,24	0,17	-0,05	-1,43	0,152			
Negação	0,55	0,18	0,10	3,05	0,002			
Autodistração	0,43	0,15	0,09	2,88	0,004			
Desinvestimento	0,94	0,20	0,16	4,55	0,000			
Uso de Substâncias	0,65	0,21	0,10	3,06	0,002			
Humor	-0,23	0,15	-0,04	-1,48	0,139			

Quadro 8. *ECA e ECNA como preditores do SP*

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	16,84	0,95	-	17,72	0,000	143,25	<0,001	0,32
ECA	-2,38	0,27	-0,29	-8,82	0,000			
ECNA	4,64	0,31	0,49	14,87	0,000			

As duas dimensões do coping na AASM explicam 19% da variação da AASM. Os ECA contribuem para uma melhor AASM, enquanto os ECNA para uma pior percepção da AASM (Quadro 10).

Quadro 9. AASM em função dos estilos de coping

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	2,70	0,08	-	31,96	0,000	17,27	<0,001	0,29
Coping Ativo	0,03	0,02	0,09	1,74	0,082			
Planeamento	0,00	0,02	0,01	0,26	0,795			
Suporte Instrumental	-0,01	0,01	-0,03	-0,63	0,524			
Suporte Social e Emocional	-0,01	0,01	-0,03	-0,79	0,425			
Religião	-0,01	0,01	-0,04	-1,17	0,241			
Reinterpretação Positiva	0,07	0,01	0,22	5,07	0,000			
Autoculpabilização	-0,06	0,01	-0,16	-4,38	0,000			
Aceitação	0,02	0,01	0,05	1,39	0,164			
Expressão de Sentimentos	0,04	0,01	0,11	2,78	0,006			
Negação	-0,00	0,01	-0,01	-0,25	0,798			
Autodistração	-0,00	0,01	-0,02	-0,70	0,479			
Desinvestimento	-0,08	0,01	-0,19	-4,69	0,000			
Uso de Substâncias	-0,05	0,01	-0,12	-3,30	0,001			
Humor	-0,00	0,01	-0,00	-0,15	0,881			

Quadro 10. AASM em função dos ECA e ECNA

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
	<i>B</i>	<i>Erro</i>	<i>Beta</i>					
(Constante)	2,79	0,08	-	35,74	<0,001	70,52	<0,001	0,19
ECA	0,18	0,02	0,30	8,28	<0,001			
ECNA	-0,23	0,03	-0,33	-8,92	<0,001			

Evidenciou-se o efeito de mediação dos ECA sobre a relação do stress com a AASM, ou seja, a sua contribuição para a diminuição do efeito do SP na AASM (Quadro 11). Também os ECNA apresentam um efeito indireto significativo na diminuição do efeito do SP na AASM (Quadro 12).

Quadro 11. Efeito indireto/mediação do ECA na relação entre SP e AASM

Mediador	<i>B</i>	<i>Erro</i>	IC-Lim Inf	IC – Lim Sup
ECA	-0,003	0,001	-0,005	-0,001

Quadro 12. Efeito de mediação dos ECNA na relação entre SP e AASM

Mediador	<i>B</i>	<i>Erro</i>	IC-Lim Inf	IC – Lim Sup
ECNA	-0,002	0,001	-0,005	-0,001

DISCUSSÃO

O propósito deste estudo foi perscrutar o estado psicológico dos adultos portugueses, mediante a análise da percepção subjetiva do stress e da saúde mental, e relação com os estilos de coping, visando obter conclusões de interesse científico e prático. A medição do SP objetivou a avaliação dos aspetos emocionais mais relacionados com o *distress*, englobando um compósito de stress, ansiedade e depressão, conforme Ribeiro et al. (2009). A correlação negativa encontrada entre o SP e a AASM sugere que os resultados obtidos englobam não só stress face a um estímulo, mas também a percepção dos afetos negativos (Ribeiro et al., 2009).

Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes apresentou níveis de stress moderado. No entanto, foram encontradas diferenças de percepção de stress entre sexos, idade e níveis de escolaridade, sendo significativamente mais elevada nas mulheres e nos mais jovens. As pessoas com doenças graves ou crónicas, e os que têm, ou tiveram, APP apresentaram níveis de SP mais elevados. Comparando com os efeitos analisados por Cohen e Janicki-Deverts (2012), os mesmos efeitos de sexo e idade foram encontrados na presente investigação. Os autores Cohen et al. (2012) sugeriram como explicação plausível, para a diminuição de stress percebido com a idade, a possível relativização de eventos anteriormente considerados como stressantes e adoção de estratégias de coping mais adaptativas. De facto, os resultados confirmaram que os estilos de coping considerados como menos adaptativos tendem a diminuir com a idade. As diferenças supramencionadas foram corroboradas pelos resultados da análise de regressão; os ECA, como agir com a intenção de circunscrever a questão problemática vivenciada e reinterpretar a situação de forma mais benéfica, determinam um menor valor de SP; inversamente, constatou-se um efeito agravante no SP, com o recurso ECNA, entre outras a autocrítica ou autoculpabilização e desistir de encontrar soluções viáveis para (re)encontrar a homeostasia do indivíduo.

Numa perspetiva diacrónica e sincrónica, a vida de um indivíduo é pautada pela percepção subjetiva do stress e a sua forma, mais ou menos consciente, de responder às vicissitudes do quotidiano. A relação entre o SP e as respostas de adaptação relaciona-se com a AASM, que representa a percepção e avaliação holística do bem-estar psicológico por parte de cada sujeito. Um dos objetos do presente estudo foi analisar como é que os adultos portugueses avaliam a sua saúde mental, com recurso a uma única pergunta, e quais as variáveis que têm influência nas variações dessa avaliação. A AASM, medida fundamentada pela investigação, apresentou uma associação negativa com os resultados de SP, medida que avalia dimensões distais à AASM, o que se pode interpretar como tendo sido comprovada a validade divergente da AASM e confirmada a relevância deste construto.

A grande maioria dos inquiridos classificou a sua saúde mental como boa, com os homens a avaliarem a sua saúde mental mais positivamente que as mulheres. A variação com a idade é positiva, o que indica que há uma proporcionalidade direta entre o aumento da idade e a percepção favorável do estado mental, assim como, o nível académico e o socioeconómico

estimado se associam positivamente à AASM. Os resultados obtidos nos sujeitos com doença grave e com APP efetivo refletem uma pior AASM. Foi encontrada uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos que avaliaram como má a sua saúde mental e que recorreram ao APP comparativamente aos que não procuraram apoio profissional com a mesma autoavaliação. Os ECA contribuem para o aumento da AASM, enquanto os ECNA impactam negativamente percepção do estado psicológico. No seu conjunto, os EC adotados explicam, aproximadamente, 19% da variação da AASM.

O facto da AASM ser capaz de captar estados que ainda não se instalaram como psicopatologias, sugere a sua eficácia como monitorização da percepção do estado psicológico geral dos portugueses. Comparando com outros estudos, os nossos resultados seguem a mesma variação, nomeadamente com as diferenças de AASM encontradas entre sexos, idades, nível académico, nível socioeconómico, existência de doenças graves (Campos-Matos et al., 2016; Jang et al., 2012; Levinson & Kaplan, 2014).

A relação transaccional entre a percepção subjetiva de stress e de saúde mental pode correlacionar-se com os EC adotados, razão que nos levou a analisar quais os tipos de respostas preferenciais dos portugueses para minimizar ou mitigar as causas de mal-estar psicológico. O coping ativo, o planeamento e a reinterpretção positiva foram os estilos com maior utilização, em contraste com o uso de substâncias, desinvestimento comportamental e a negação, como os menos valorizados; os ECA apresentaram maior média quando comparado com os ECNA. Foram encontradas diferenças entre sexos, tendo as mulheres recorrido significativamente mais ao suporte instrumental e emocional, à religião, expressão de sentimentos e autodistração. Com o aumento da idade verificou-se uma diminuição no recurso a ECNA. Quando agrupados por níveis de escolaridade, os resultados dos EC dos participantes com o ensino secundário são significativamente superiores para autculpabilização, autodistração, desinvestimento comportamental e, subsequentemente, para os ECNA. Os resultados dos indivíduos com patologia grave ou crónica foram superiores, face aos outros inquiridos sem patologias, na participação em atividades religiosas, autculpabilização, desinvestimento comportamental, e nos ECNA. Os participantes que têm, ou tiveram, APP recorrem mais ao suporte instrumental, social, à autculpabilização, à expressão de sentimentos, à negação, à autodistração, ao desinvestimento comportamental e ao uso de substâncias, quando comparados com as pessoas sem esse suporte.

As análises de mediação dos EC na relação entre o SP e a AASM comprovaram que as respostas, mais ou menos adaptativas, têm influência na saúde mental através da diminuição do efeito negativo do SP. Apesar da polivalência de cada dimensão de coping, há evidências claras que estilos menos adequados se associam a resultados indesejados no bem-estar do indivíduo. Estudos empíricos e teóricos enfatizam os benefícios dos ECA, quer para sujeitos sem perturbação psicológica quer naqueles com patologias graves, como demonstrou Meyer (2001) na tendência benigna da melhoria dos sintomas de esquizofrenia através da adoção de ECA.

Os resultados de Jarego et al. (2021), demonstraram que as diferentes respostas de coping justificaram uma variação de 30% na saúde mental dos portugueses, confirmando que estilos como a reinterpretação positiva e o uso de substâncias predizem, respetivamente uma melhor e uma pior saúde mental. Estes resultados, conquanto tenham sido obtidos no contexto da pandemia e derivassem da questão de investigação sobre as respostas dos portugueses a um evento disruptivo e qual o impacto na sua saúde mental, podem ser comparados com os resultados obtidos no presente projeto (ainda que, essa comparação deva ser cautelosamente caucionada): os participantes deste estudo demonstraram ter o mesmo repertório preferencial de respostas; os resultados das correlações e dos preditores da saúde mental, seguem as mesmas tendências significativas.

Conforme proposição inicial, visámos investigar a perceção subjetiva do stress e da saúde mental dos adultos portugueses, e a sua relação aos estilos de coping, assumindo a possível influência da idiosincrasia cultural. Considerando a abordagem disposicional dos EC e o impacto da cultura nos traços de personalidade, e a sua associação à perceção sobre o estado psicológico, também tidas como localmente moldadas (APA, 2014), os paralelismos encontrados entre os nossos resultados e os auferidos por Jarego et al. (2021) podem sugerir que os adultos portugueses tendem a usar as mesmas respostas de coping, com particular ênfase nas consideradas mais adaptativas, repercutindo-se numa melhor perceção e avaliação da sua saúde mental.

Os resultados obtidos podem ter subjacentes resquícios da experiência vivida durante o período da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV-2, ainda que os dados tenham sido recolhidos quase 2 anos depois do último confinamento obrigatório. No entanto, poder-se-á colocar como hipótese de que o interesse pelas questões do bem-estar psicológico possa ter sido potenciado pelas consequências sociais e individuais da pandemia, e que essa majoração se tenha traduzido em maior sensibilização para as questões da saúde mental, minimizando os erros de autoavaliação.

As principais limitações do presente estudo incluem: o delineamento de corte transversal, restringindo conclusões de inferência causal; o uso de uma amostra não probabilística de conveniência, cuja maioria dos participantes tem o ensino superior completo e de meio urbano; e, o questionário foi distribuído com recurso a meios digitais, o que poderá ter condicionado o acesso equitativo a diferentes meios socioeconómicos, culturais, etários e pontos de residência.

Embora a generalização dos resultados e a inferência de causalidade sejam limitadas, a presente investigação contribuiu para a literatura de avaliação psicológica ao utilizar a medida de AASM de um só item, comprovando a sua robustez pelos resultados obtidos, congruentes com outros estudos, e pela associação divergente com o distress. De facto, os principais argumentos contra a utilização de medidas de um único item prendem-se com a menor fiabilidade, não poderem ser submetidas a análise de consistência interna e fazerem uma avaliação menos refinada. Assim, considera-se pertinente que estudos futuros devam: incluir outras medidas de análise psicológica que se possam associar convergente e divergentemente com a AASM de forma a

majorar a sua validade; investigar o papel da AASM como indicador adequado da saúde mental em distintas populações; e, explorar quais os fatores implícitos que contribuem para as percepções subjetivas dos indivíduos sobre seu próprio estado de saúde mental, entre os quais a literacia em saúde mental e o estigma relacionado com a doença mental.

A investigação compreensiva do presente estudo permitiu obter resultados que visaram trazer maior e melhor conhecimento acerca da saúde mental nos adultos portugueses, que pode repercutir-se em proatividade no reconhecimento e ação sobre sinais e sintomas de mal-estar psicológico. Intervenções em saúde pública poderão ser alicerçadas sobre o conhecimento de quais as populações mais vulneráveis a desequilíbrios e perturbações psicológicas, nomeadamente nas que evidenciaram maiores níveis de SP, saúde mental mais pobre e recurso a ECNA, ou sejam, as mulheres, os mais jovens, com menor escolaridade e com doenças graves. Considera-se que a eficácia destas intervenções dependerá do esbater da neutralidade de atuação mediante a adoção de programas que se ajustem às diferenças intrínsecas de cada grupo.

REFERÊNCIAS

- Ahmad, F., Jhajj, A. K., Stewart, D. E., Burghardt, M., & Bierman, A. S. (2014). Single item measures of self-rated mental health: a scoping review. *BMC health services research*, *14*, 398. <https://doi.org/10,1186/1472-6963-14-398>
- Alves, S. A., Sinval, J., Neto, L. L., Marôco, J., Ferreira, A. G., & Oliveira, P. (2022). Burnout and dropout intention in medical students: the protective role of academic engagement. *BMC Medical Education*, *22*(83). <https://doi.org/10,1186/s12909-021-03094-9>
- APA - American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.).
- Benyamini, Y., & Idler, E. (1999). Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, *392*–401. <https://doi.org/10,1177/0164027599213002>
- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities – a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, *15*(26). <https://doi.org/10,1186/s12939-016-0314-z>
- Carver, C. (2007). Stress, Coping, and Health. Em H. S. Friedman, & R. C. Silver. (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 117-144). Oxford University Press, Inc.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual review of psychology*, *61*, 679–704. <https://doi.org/10,1146/annurev.psych.093008,100352>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, *56*(2), 267–283. <https://doi.org/10,1037//0022-3514,56,2,267>

- Casu, G., & Gremigni, P. (2019). Is a Single-Item Measure of Self-Rated Mental Health Useful from a Clinimetric Perspective?. *Psychotherapy and psychosomatics*, 88(3), 177–178. <https://doi.org/10,1159/000497373>
- Cohen, S., & Janicki-Deverts, D. (2012). Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320–1334. <https://doi.org/10,1111/j.1559-1816,2012,00900.x>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396. <https://doi.org/10,2307/2136404>
- Fava, G. A., Carrozzino, D., Lindberg, L., & Tomba, E. (2019). Reply to the letter to the editor: “Is a single-item measure of self-rated mental health useful from a clinimetric perspective?”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(3), 179. <https://doi.org/10,1159/000497737>
- Fleishman, J. A. (1984). Characteristics and Coping Patterns. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 229-244. <https://doi.org/10,2307/2136671>
- Fleishman, J. A., & Zuvekas, S. H. (2007). Global Self-Rated Mental Health: Associations with Other Mental Health Measures and with Role Functioning. *Medical Care*, 45(7), 602-609. <https://doi.org/10,1097/MLR.0b013e31803bb4b0>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150–170. <https://doi.org/10,1037//0022-3514,48,1,150>
- Furman, M., Joseph, N., & Miller-Perrin, C. (2018). Associations between coping strategies, perceived stress, and health indicators. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 23(1), 61–71. <https://doi.org/10,24839/2325-7342.JN23,1,61>
- Galambos, N. L., Johnson, M. D., & Krahn, H. J. (2022). Self-rated mental health in the transition to adulthood predicts depressive symptoms in midlife. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10,1007/s12144-022-04081-z>
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946–955. <https://doi.org/10,1037//0022-3514,52,5,946>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 21–37.
- Jang, Y., Park, N. S., Kim, G., Kwag, K. H., Roh, S., & Chiriboga, D. A. (2012). The association between self-rated mental health and symptoms of depression in Korean American older adults. *Aging & mental health*, 16(4), 481–485. <https://doi.org/10,1080/13607863,2011,628981>
- Jarego, M., Pimenta, F., Pais-Ribeiro, J., Costa, R., Patrão, I., Coelho, L., & Ferreira-Valente, A. (2021). Do coping responses predict better/poorer mental health in Portuguese adults

- during Portugal's national lockdown associated with the COVID-19? *Personality and Individual Differences*, 175(110698), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110698>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes. The problem of confounded measures. *The American psychologist*, 40(7), 770–785.
- Levinson, D., & Kaplan, G. (2014). What does Self Rated Mental Health Represent. *Journal of public health research*, 3(3), 287. <https://doi.org/10.4081/jphr.2014.287>
- Machado, A. V., Pereira, M. G., Souza, G. G., Xavier, M., Aguiar, C., Oliveira, L. d., & Mocaiber, I. (2021). Association between distinct coping styles and heart rate variability changes to an acute psychosocial stress task. *Scientific Reports*, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03386-6>
- Mawani, F. N., & Gilmour, H. (2010). Validation of self-rated mental health. *Health reports*, 21(3), 61–75.
- McAlpine, D. D., McCreedy, E., & Alang, S. (2018). The Meaning and Predictive Value of Self-rated Mental Health among Persons with a Mental Health Problem. *Journal of health and social behavior*, 59(2), 200–214. <https://doi.org/10.1177/0022146518755485>
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the brief cope with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277. <https://doi.org/10.1023/A:1012731520781>
- Miller, S. M., Brody, D. S., & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of personality and social psychology*, 54(1), 142–148. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.1.142>
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology*, 59(12), 1387–1403. <https://doi.org/10.1002/jclp.10229>
- Nielsen, M. B., & Knardahl, S. (2014). Coping strategies: a prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scandinavian journal of psychology*, 55(2), 142–150. <https://doi.org/10.1111/sjop.12103>
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551–603. <https://doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Pérez-García, A. M., Oliván, S., & Bover, R. (2014). Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(2) 258–265. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9311-4>
- Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stress. *Psicologia, saúde e doenças*, 10(2), 237-248.

- Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, saúde e doenças*, 5(1), 3-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>
- Selye, H. (1978). *The stress of life*. McGraw-Hill. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.879432>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- WHO, W. H. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Zuvekas, S. H., & Fleishman, J. A. (2008). Self-rated mental health and racial/ethnic disparities in mental health service use. *Medical care*, 46(9), 915–923. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817919e5>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

FLOURISHING, WELL-BEING AND LIFE SATISFACTION IN PORTUGUESE VETERINARIANS

Isabel Silva¹ (isabels@ufp.edu.pt), & Glória Jólluskin¹

¹FP-B2S, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

In Portugal, there are 7114 veterinarians registered as active members of the Order of Veterinary Doctors, of which 4716 are female and 239 are male, with the majority of them dedicating their activity to companion animals (Ordem dos Médicos Veterinários, 2023). To be a veterinarian is to work in a very demanding profession, as the professional, in order to take care of the animal, operate within a triad - veterinarian, animal and animal handler (Stetina, & Krouzecky, 2022).

Moir and Van den Brink (2020) alert us for the fact that veterinarians experience psychological distress, including compassion fatigue and burnout, being these problems associated “with factors such as workload, financial issues, long working hours, challenging interactions, unexpected outcomes, euthanasia and fear of complaints or making mistakes” (p. 3)

Stetina and Krouzecky (2022) conducted a systematic review aimed to understand the veterinarians’ viewpoint on what it means to have their job, identifying changes, stressors and suicidality in their field. Their study allowed them to conclude that suicide risk among veterinarians may be influenced by the fact that individuals entering the profession have specific personality characteristics that predispose them to occupational stress, increasing their vulnerability. They also concluded that this individual vulnerability associated with confrontation with psychosocial stressors increased psychological distress among veterinarians, contributing to the fact that these professionals report higher distress than the general population. The major stressors identified by veterinarians are associated with the communication process (Stetina, & Krouzecky, 2022). Veterinarians feel that they lack communication skills (that are insufficiently approached during their education) and that make them feel insecure to interact and to share relevant information, generating tension and, consequently, being associated with lower mental health status. In addition, veterinarians often feel stressed by “animal handler’s ideas and demands either risk animal welfare, are potentially abusive or are unrealistic” (Stetina, & Krouzecky, 2022, p. 25) and feel that health-related online research have a negative impact on the animal handler-professional relationship.

Ethical conflicts and consequent moral distress are also associated to stress and poor well-being (Moses et al., 2018). Veterinarians also emphasize moral stress, explaining that an important cause of this is the limitation that financial barriers impose to treatments, not allowing them to

do what they consider to be in the interests of the animals and being worse when the alternative outcome is euthanasia (Ashall, 2023). Moral stress is associated by veterinarians to feelings of intense frustration, powerlessness, anger, failure, guilt and regret, feelings that they recognise as having a serious daily impact in their lives, potentially causing problems in what concerns to relaxation, personal relationships and sleeplessness (Ashall, 2023).

Compared to the general population, veterinarians report significantly higher levels of burnout, compassion fatigue, anxiety and depression, as well as lower resilience (Perret et al., 2020a). Perret et al. (2020b) drew our attention to the fact that veterinarians' mental health has an impact on their clients' satisfaction in an unexpected way, that is, poor mental health of veterinarians (higher perceived stress, anxiety, emotional exhaustion, and depersonalization) is associated with greater client satisfaction and better mental health of these professionals is associated with lower clients' satisfaction. These authors raise the hypothesis that, similarly to what happens with health professionals in general, empathy and empathic behaviours can be associated to clients' satisfaction, but also increase the risk of burnout and compassion fatigue.

According to Macía et al. (2022), a significant number of veterinarians suffer from work-related stress. Rohlf et al. (2022, p.372) point out that "high workloads, long work hours, emotionally charged interactions with clients, and exposure to animal suffering and participation in euthanasia" make increase the risk of compassion fatigue and burnout, which can diminish professional quality of life. Not only burnout predicts intentions to leave the profession, but also professional quality of life explains 28.9% of the variance in intentions to leave one's current role and 16.0% of the variance in intentions to leave the profession (Rohlf et al., 2022).

Furthermore, research revealed the existence of a higher risk of suicide among veterinarians than in the general population, being pointed as possible causes for that the presence of depression, substance abuse, work-related stress, reluctance to admit psychiatric problems, as well as the access to lethal drugs familiarity with euthanasia (Skipper, & Williams, 2012). Although there is evidence that suicidal rate is increasing, little has been done to change this reality and this is a cause for concern, since "veterinarians have direct access to and knowledge of means of suicide, which might affect planning phases that normally precede the actual suicidal act and hinders timely professional help (presuicidal syndrome)" (Stetina & Krouzecky, 2022, p. 24).

Mental health has long been defined by World Health Organization (WHO, 2004) as a "state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with normal stresses of life, can work productively and fruitfully and is able to make a contribution to her or his community" (p. 12). According to this definition, mental health should not be understood as the simple absence of mental disability or illness, also implying the presence of well-being and effective functioning at an individual and social level (Keyes, 2002). So, to characterize someone's state of mental health, one must necessarily consider the integration of the spectrum of positive function and well-being, in addition to mental illness (Lamers, et al., 2015). Thus, a "veterinarian with optimal well being would be in good physical health and also be thriving

psychologically; having a sense of personal fulfilment and purpose in all that the job entails, being productive and aware of their meaningful contribution to the community” (Moir & Van den Brink, 2020, p. 3).

Concern about problems in the field of mental health in veterinarians has diverted researchers' attention from the fact that, although many professionals report high stress related to work, they simultaneously show high job satisfaction, considering work enjoyable (Cake et al., 2015). In fact, most veterinarians perceive their work experience as being more positive than negative, as well as more satisfying than stressful (Cake et al., 2015). Moreover, Macía et al. (2022) identified factors as salary, emotional support and mental wellbeing as important to their veterinarians' professional quality of life.

In 2016, Stoewen shared her thoughts on the fact that most of us want to be happy and that it is very probable that work is the context in which we spend the most hours of our lives. Therefore, we should not expect anything other than that it would provide us with happiness and well-being. However, almost nothing was known, at that time, about the happiness of veterinarians. And, today, scientific knowledge in this field is still scarce. So, it is not sufficient to recognise the demanding circumstances of veterinarians' job and the consequent risks for their mental health. It is important that research adopt a dual perspective that does not forget those circumstances, but that simultaneously try to build resilience and promote happiness, well-being and flourishing in veterinarians.

This exploratory study intends to deepen the knowledge concerning Portuguese veterinarians' mental health, particularly in what concerns to flourishing, well-being, satisfaction with life and general health perception.

METHOD

Participants

A non-probabilistic convenience sample was studied, consisting of 134 Portuguese veterinarians, 81.3% of whom were female, aged between 25 and 62 ($M = 33.66$; $SD = 8.44$), with an education level between 1st and 3rd cycles of higher education; working as veterinarians between .17 and 37 years ($M = 10.34$; $SD = 8.40$; Med= 8).

Measures

Participants answered to an assessment protocol consisting on:

(a) Socio-demographic and professional activity characterization questionnaire, which was originally developed for the present study. This questionnaire aims to collect data on gender, age, education, years of practice as veterinarians and general health perception.

(b) Flourishing Index (FI) Portuguese version (under study): this scale intends to be a comprehensive psychological well-being measure, assessing 5 domains through 10 items: (a) Happiness and life satisfaction; (b) Physical and mental health; (c) Meaning and purpose; (d) Character and virtue; and (e) Close social relationships. Total score ranges between 10 and 100. The higher the score, the higher flourishing is. In the present study, FI presented a Cronbach's alpha of .88.

(c) Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Portuguese version (Fonte et al., 2020): This questionnaire assesses three well-being domains (emotional, social and psychological) and consists of 14 items, answered in a Likert scale with six response options of frequency, being the scores obtained interpreted as follows: the higher the score obtained, the higher the individual's well-being. The total scores for each dimension range from 3-18 in emotional well-being, 6-36 in psychological well-being and, finally, 5-30 in social well-being. MHC-SF also presents cut-off points that allow to classify individuals as being in flourishing, having moderate mental-health or being languishing. In the present study, MHC-SF presented a Cronbach's alpha of .95.

(d) Life Satisfaction Scale Portuguese version: This scale assesses life satisfaction. It is organized in a single factor which includes five items. These items constitute statements to which the individual answers on a Likert scale with seven options ("totally disagree" to "totally agree"). Total score ranges between 0 and 30. The higher the score obtained, the higher the life satisfaction is. In this study, the scale presented a Cronbach's alpha of .90.

Procedure

After approval from the Ethics Committee of Fernando Pessoa University for the development of this study, participants were invited to participate through different approaches: (a) message sent through institutional mailing lists; (b) invitation through social networks (Facebook); (c) directly invitation to respondents to cooperate in answering the questionnaires; (d) request made to the Order of Veterinary Doctors to publicize the invitation among its members, and (d) invitation was forwarded to other potential participants, generating a non-random, "snowball" sample.

The following inclusion criteria were considered: to be 18 years of age or older; to be able to give free and informed consent. Participants answered the questionnaires after giving their informed consent. There were not incentives offered to participate in the study. Participants self-completed the questionnaires online. Anonymity and confidentiality were ensured.

RESULTS

Flourishing scores vary between very low and very high values, with mean values suggesting that veterinarians report moderate mental health (Table 1).

Table 1. *Descriptive analysis of flourishing scores*

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Total Score	35	96	70.24	12.88
Happiness and life satisfaction	2	20	13.40	3.28
Physical and mental health	4	19	13.16	3.15
Character and virtue	2	20	14.46	3.87
Meaning and purpose	2	20	14.47	3.02
Close social relationships	2	20	14.82	4.08

Data analysis concerning life satisfaction, mental health in its distinct domains - emotional, social and psychological -, and general health perception revealed that participants also report moderate levels in these variables (Table 2).

Table 2. *Descriptive analysis of Life Satisfaction Scale, MHC-SH and general health perception item*

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Life Satisfaction	0	30	17.55	6.96
Emotional well-being	3	18	13.23	3.12
Social well-being	5	28	16.92	5.34
Psychological well-being	6	36	24.83	6.28
General health perception	0	4	2.31	.90

Considering the cut off points of the MHC-SH, results also show that 31.3% of the veterinarians are flourishing, 59.7% present moderate mental health and 9% are classified as being languishing.

Data analysis also revealed that there is not a statistically significant association between number of years of professional experience and flourishing, well-being and general health perception ($p > .05$).

DISCUSSION

It is important to approach veterinarians' mental health in a comprehensive perspective, considering not only the absence of illness, but also the presence of positive psychological indicators. The present study intended precisely to contribute to the understanding of

flourishing, well-being, life satisfaction and general health perception status in Portuguese veterinarians.

Veterinarians who accepted to participate report moderate flourishing, moderate life satisfaction, moderate emotional well-being and modest social and psychological well-being, as well as moderate general health perception, and these statuses are not related to their professional experience length. Furthermore, less than one third of the participants revealed to be flourishing.

These results should be interpreted cautiously. The levels of flourishing, well-being, satisfaction with life and general health perception present a considerable range, with participants scoring at the minimum and maximum values on all scales.

It is important to deepen our knowledge in this area before moving forward with intervention programs to promote the mental health of Portuguese veterinarians.

Flourishing should not be conceptualized as a purely internal issue, as (s, 2022):

opportunities to flourish are shaped and constrained, advanced and thwarted by the broader circumstances of people's lives, ranging from the structural circumstances in which they live, to the sociocultural fabric of their communities, to their social position within society's power hierarchies (p. 6).

It is important to support veterinarians' ability to flourish, to have well-being and to perceive themselves as healthy and as satisfied with their lives, allowing them to achieve their potential. Nonetheless, we agree with Willen (2022), when she underlines the necessity of exploring, from veterinarians' perspective, what flourishing is for them, what conditions do they feel as necessary to make their flourishing possible, as well as what are the threatening factors that can prevent their ability to flourish. These will be first simple, but essential, steps towards the conceptualization, planning and implementation of intervention programs that can effectively respond to the needs of Portuguese veterinarians in terms of their mental health.

REFERENCES

- Ashall, V. (2023). Reducing moral stress in veterinary teams? Evaluating the use of ethical discussion groups in charity veterinary hospitals. *Animals, 13*, 1662. <https://doi.org/10.3390/ani13101662>
- Cake, M.A., Bell, M.A., Bickley, N., & Bartram, D.J. (2015). The life of meaning: A model of the positive contributions to well-being from veterinary work. *Journal of Veterinary Medical Education, 42*, 184-93. <https://doi.org/10.3138/jvme.1014-097R1>
- Fonte, C., Silva, I., Vilhena, E., & Keyes, C. (2020). The Portuguese adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form for adult population. *Community Mental Health Journal, 56*, 368-375. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00484-8>

- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C. A.W., & Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 553-560. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1015156>.
- Macía, P., Goñi-Balentziaga, O., Vegas, O., & Azkona, G. (2022). Professional quality of life among Spanish veterinarians. *Veterinary Record Open*, 9, e250. <https://doi.org/10.1002/vro2.50>
- Moir, F. M., & Van den Brink, A. R. K. (2020). Current insights in veterinarians' psychological wellbeing. *New Zealand Veterinary Journal*, 68, 3-12. <https://doi.org/10.1080/00480169.2019.1669504>
- Moses, L., Malowney, M. J., Boyd, J. W. (2018). Ethical conflict and moral distress in veterinary practice: A survey of North American veterinarians. *Journal of Veterinary Internal Medicine*, 32, 2115-2122. <https://doi.org/10.1111/jvim.15315>
- Ordem dos Médicos Veterinários (2023). *Estatísticas*. <https://www.omv.pt/omv/estatisticas>
- Perret, J. L., Best, C. O., Coe, J.B., Greer, A. L., Khosa, D. K., & Jones-Bitton, A. (2020a). Prevalence of mental health outcomes among Canadian veterinarians. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 256, 365-375. <https://doi.org/10.2460/javma.256.3.365>
- Perret, J. L., Best, C. O., Coe, J. B., Greer, A. L., Khosa, D.K., & Jones-Bitton, A. (2020b). The complex relationship between veterinarian mental health and client satisfaction. *Frontiers in Veterinary Science*, 7, 92. <https://doi.org/10.3389/fvets.2020.00092>
- Rohlf, V. I., Scotney, R., Monaghan, H., & Bennett, P. (2022). Predictors of professional quality of life in veterinary professionals. *Journal of Veterinary Medical Education*, 49, 372-381. <https://doi.org/10.3138/jvme-2020-0144>
- Skipper, G. E., & Williams, J. B. (2012). Failure to acknowledge high suicide risk among veterinarians. *Journal of Veterinary Medical Education*, 39, 79-82. <https://doi.org/10.3138/jvme.0311.034R>
- Stetina, B. U., & Krouzecky, C. (2022). Reviewing a decade of change for veterinarians: Past, present and gaps in researching stress, coping and mental health risks. *Animals*, 12, 3199. <https://doi.org/10.3390/ani12223199>
- Stoewen, D. L. (2016). Veterinary happiness. *The Canadian Veterinary Journal*, 57, 539-41.
- Willen, S. S. (2022). Flourishing and health in critical perspective: An invitation to interdisciplinary dialogue. *SSM - Mental Health*, 2, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmh.2021.100045>
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice – Summary report*. World Health Organization.

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

HIKIKOMORI E DEPENDÊNCIA *ONLINE*: QUAL A RELAÇÃO?

Ivone Patrão^{1,2,3} (ivone_patrao@ispa.pt), Bruna Lucas^{1,3}, & Inês Borges^{1,3,4}

¹Ispa – Instituto Universitário, Portugal

²APPsyCI - Applied Psychology Research Center Capabilities & Inclusion, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

³Geração Cordão, Portugal

⁴WJCR - William James Center for Research, Ispa – Instituto Universitário, Portugal

O Hikikomori é um fenómeno observado, já na década de 1970, enraizado na sociedade japonesa, e que tem vindo a expandir-se em outros países (Kato et al., 2020). Hikikomori é um termo que define um fenómeno social onde os indivíduos se isolam completamente nas suas casas por períodos longos, que podem ir desde meses a anos. Este, por ser um fenómeno recente e de difícil conceptualização, ainda não está incluído no CID ou no DSM (Domingues-Castro & Torres, 2018). Todavia, parece ter um impacto negativo a nível profissional, social, e afeta a saúde mental dos indivíduos em isolamento, sendo assim relevante para avaliação e intervenção psicológica (Kato et al., 2020), uma vez que está associado a maiores níveis de depressão e ansiedade (Hamasaki et al., 2021). Os indivíduos que evitam a todo o custo as interações sociais, passando maior parte do seu tempo imersos em atividades em casa solitárias, mas com um contacto forte com o mundo *online* (Kato et al., 2019).

É neste sentido que se considera importante compreender a ligação deste fenómeno ao uso excessivo e problemático da *internet*. Tateno et al., (2019) obtiveram como resultados do seu estudo, com indivíduos com pontuações mais elevadas na escala de Hikikomori, elevados níveis de dependência *online* e de dependência do *smartphone*. Este fenómeno aparece num século marcado pela tecnologia, e, em Portugal, é pouco explorado.

O presente estudo pretende, assim, estudar o impacto deste fenómeno na saúde mental dos jovens e adultos. Desta forma, procurou analisar a correlação do Hikikomori com a dependência *online*, ansiedade, *stress*, depressão e o bem-estar psicológico.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo contou com uma amostra de 124 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 62 anos ($M= 27$ anos, $DP= 9,42$). Na presente amostra 82% são do género feminino, sendo que, 64.5% têm como habilitações literárias o Ensino Superior.

Material

Os participantes responderam ao seguinte protocolo: Questionário sociodemográfico (e.g. género, idade, nível de escolaridade); IAT (Internet Addiction Test) (Young, 2009) que avalia a dependência *online*, e é composto por 20 itens com uma escala de resposta Likert de 5 pontos, desde “não se aplica=0”, “raramente=1”, “ocasionalmente=2”, “frequentemente=3,” “muitas vezes=4” e “sempre=5”; a cotação é feita pelo somatório das respostas. A validação portuguesa foi realizado por Pontes et al., (2014) onde obteve boas propriedades psicométricas ($\alpha =.90$). Questionário Hikikomori (HQ-25) (Teo et al., 2018) composto por 25 itens com 3 subsescalas, avaliando socialização, o isolamento e o apoio emocional através de resposta likert, desde “não aplicavel=0”, “nunca=1”, “raramente=2,” “ocasionalmente=3” e “várias vezes=4” e “sempre=5; Escala de depressão, ansiedade e *stress* (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) que avalia a depressão, ansiedade e *stress*, com uma escala de resposta Likert de 5 pontos, desde “nunca=0”, “poucos dias= 1”, “alguns dias=2”, “muito dias=3,” “quase todos os dias =4” e “todos os dias=5. Utilizou-se uma adaptação da validação portuguesa (Ribeiro et al., 2004; EADS-21), com 3 questões: “Quão frequentemente sentes níveis elevados de humor deprimido/de depressão?”; “Quão frequentemente sentes níveis elevados de ansiedade?” “Quão frequentemente sentes níveis elevados de *stress*?”. Por fim, foi feita uma questão acerca do nível de bem-estar psicológico, com uma escala de resposta de 0 a 10 (0 - extremamente mau a 10 - extremamente bom).

Procedimento

Primeiramente foi solicitado por *email* a autorização para a utilização das escalas. Seguidamente colocou-se o protocolo *online* e realizou-se a recolha de dados. O tratamento estatístico dos dados foi realizado no software SPSS. Os procedimentos estatísticos utilizados foram estatísticos descritivas e correlações de Pearson

RESULTADOS

Hikikomori e Dependência online – Dados descritivos

O Hikikomori é adoptado por 1,2% da amostra, sendo que 98.8% não apresentam essa condição. No Quadro 1 pode-se observar a estatística descritiva da escala que avalia o Hikikomori, em concreto nas suas 3 dimensões - socialização, isolamento e apoio emocional – e dos respectivos itens que a compõem.

Quadro 1. *Estatística Descritiva – Dimensões e itens do Hikikomori*

Itens Escala Hikikomori	% de respostas a cada dimensão por item				
	1	2	3	4	5
1. Mantenho-me afastado/a de outras pessoas.	52,4%	19,4%	14,5%	12,9%	0,8%
2. Passo a maior parte do meu tempo em casa.	21,8%	23,4%	11,3%	30,6%	12,9%
3. Prefere a excitação da Internet à intimidade com o seu(sua) namorado(a)?	58,9%	20,2%	8,9%	10,5%	1,6%
4. Cria novas relações com outros utilizadores online?	5,6%	11,3%	12,9%	38,7%	31,5%
5. As outras pessoas queixam-se em relação à quantidade de tempo que passa online?	60,5%	12,9%	12,1%	12,1%	2,4%
6. O seu trabalho/estudo é prejudicado (ex.: adia tarefas, atrasa-se na entrega de trabalhos) devido à quantidade de tempo que passa online?	44,4%	23,4%	18,5%	12,1%	1,6%
7. Verifica o seu e-mail (ou Facebook, Twitter, Instagram, etc.) antes de fazer qualquer outra coisa que precise?	4,8%	4,0%	11,3%	31,5%	48,4%
8. O seu desempenho ou produtividade na escola e/ou emprego é prejudicado por causa da Internet?	46,0%	26,6%	11,3%	12,1%	4,0%
9. Fica defensivo(a) ou guarda segredo quando alguém lhe pergunta o que está a fazer online?	33,9%	33,1%	16,1%	8,9%	8,1%
10. Bloqueia pensamentos perturbadores sobre a sua vida com pensamentos calmantes da Internet?	9,7%	13,7%	9,7%	33,9%	33,1%
11. Dá por si a pensar sobre quando irá estar online novamente?	47,6%	27,4%	14,5%	8,1%	2,4%
12. Receia que a vida sem Internet seria chata, vazia e sem graça?	66,1%	20,2%	9,7%	2,4%	1,6%
13. Explode, grita ou fica irritado(a) se alguém o/a incomoda enquanto está online?	58,9%	21,0%	7,3%	10,5%	2,4%
14. Perde o sono por estar online até tarde durante a noite?	38,7%	16,9%	7,3%	22,6%	14,5%
15. Se sente preocupado(a) com a Internet quando está desconectado(a) ou fantasia estar online?	3,2%	7,3%	8,1%	39,5%	41,9%
16. Dá por si a dizer “só mais alguns minutos” quando está online?	39,5%	21,0%	27,4%	12,1%	-
17. Tenta reduzir a quantidade de tempo que passa online e não consegue?	80,6%	8,9%	7,3%	1,6%	1,6%
18. Tenta esconder a quantidade de tempo que esteve online?	62,1%	16,9%	11,3%	5,6%	4,0%
19. Prefere ficar mais tempo online do que sair com outras pessoas?	67,7%	18,5%	8,9%	2,4%	2,4%
20. Se sente deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando está desconectado(a) e, deixa de estar assim, quando entra online novamente?	32,3%	31,5%	20,2%	14,5%	1,6%

Nota. 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo em parte; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo em parte; 5 = Concordo totalmente

O Quadro 2 mostra os níveis de dependência *online* da amostra. 10.4% da amostra apresenta um nível elevado de dependência online.

Quadro 2. *Nível de Dependência Online*

Nível Baixo	Nível Moderado	Nível Elevado
55,2%	34,4%	10,4%

Bem-estar Psicológico

Numa escala de 0-10 (0 - extremamente mau até 10 - extremamente bom), 3% da amostra referiu ter um nível 3 de bem-estar psicológico, 8% da amostra referiu ter um nível 4, 9% um nível de bem-estar 5, 16% nível 6, 23% um nível 7 de bem-estar, 21% um nível 8, 13% um nível 9, e 7% nível 10 de bem-estar psicológico.

Desta forma, 20% da presente amostra revela níveis de bem-estar psicológico menores ou iguais a 5. E, 80% revela ter níveis iguais ou superiores a 5.

Dependência Online e Hikikimori

A Quadro 3 e o Quadro 4 mostram as correlações entre o nível de dependência *online*, Hikikomuri, ansiedade, *stress*, depressão, e bem-estar psicológico.

Quadro 3. *Correlação de Pearson – Nível de Dependência Online e Variáveis Psicossociais*

	IAT	DASS	Hikikimori	BEP
IAT	-	0,260**	0,351**	-3,25**
Hikikimori	0,351**	0,374**	-	-2,29*
DASS	0,260**	-	0,374**	0,612**
BEP	-3,25**	-0,612**	-2,29*	-

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; IAT - Internet Addiction Test; DASS – Depression, Anxiety, Stress Scale; BEP – Bem estar Psicológico

Quadro 4. *Correlação de Pearson – Hikikimori, Stress, Depressão e Ansiedade*

	Hikikimori	Depressão	Ansiedade	Stress
Hikikimori	-	0,448**	0,286**	2,30*
Depressão	0,448**	-	0,467**	0,434**
Ansiedade	0,286**	0,467**	-	0,768**
Stress	-2,30*	0,434**	0,768**	-

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Existe uma correlação positiva baixa entre a escala de dependência *online* e a escala do Hikikomori, desta forma, quanto a dependência *online* aumenta também o Hikikomori aumenta. É verificado, de forma análoga, uma correlação positiva, mas mais baixa, no que se refere ao aumento da dependência *online* e o aumento dos sintomas depressivos, ansiosos ou de *stress*. No que diz respeito ao bem-estar psicológico, quando a dependência *online* aumenta, o bem-estar diminui, existindo uma correlação negativa entre ambos.

DISCUSSÃO

O mundo *online* mudou drasticamente a vida diária dos indivíduos. E, apesar dos muitos benefícios, surgiram também riscos. Um deles é a dependência *online* e o Hikikomori. Durante um processo de Hikikomori, onde os indivíduos se isolam de forma excessiva em casa, a *Internet* parece servir como uma ferramenta a que recorrem fortemente (Kato et al., 2020).

O presente estudo revela que o Hikikomori parece correlacionar-se com maiores níveis de dependência *online*, e, com maiores níveis de depressão, ansiedade e *stress*. Este dado vem corroborar estudos como Tatenos et al., (2019) onde foram encontradas relações significativas entre o fenômeno do Hikikomori e a dependência *online*. Já no que respeita à relação do Hikikomori, depressão e ansiedade, Kato et al. (2019) apontam que a depressão e a ansiedade são comorbilidades associadas ao Hikikomori.

Este estudo visa contribuir para a Psicologia da Saúde na medida em que o Hikikomori afeta negativamente os indivíduos, quer a nível do seu bem-estar, quer a nível da saúde mental, e sendo o isolamento social um fator de risco na saúde mental torna-se importante a intervenção precoce nas dificuldades relacionadas com o equilíbrio entre as atividades *online* e *offline*.

Para estudos futuros será relevante perceber o impacto do fenômeno de Hikikomori ao longo do ciclo de vida, para que se perceba a sua expressão, por exemplo nos jovens, que iniciam a sua autonomia na gestão do uso da tecnologia. Desta forma, se for feita uma avaliação precoce, também se pode atuar na prevenção e na gestão de riscos e danos.

REFERÊNCIAS

- Domingues-Castro, M. S., & Torres, A. R. (2018). Hikikomori: review on a severe phenomenon of social withdrawal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 264-272. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000214>
- Hamasaki, Y., Pionnié-Dax, N., Dorard, G., Tajan, N., & Hikida, T. (2021). Identifying social withdrawal (hikikomori) factors in adolescents: Understanding the hikikomori

- spectrum. *Child Psychiatry and Human Development*, 52(5), 808–817. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01064-8>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). *Hikikomori*: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8), 427–440. <https://doi.org/10.1111/pcn.12895>
- Kato, T. A., Shinfuku, N., & Tateno, M. (2020). Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal: the chicken and egg dilemma for internet addiction and hikikomori. *Current opinion in psychiatry*, 33(3), 264-270. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000601>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (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.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107–114. <https://doi.org/10.1556/jba.3.2014.2.4>
- Tateno, M., Teo, A. R., Ukai, W., Kanazawa, J., Katsuki, R., Kubo, H., & Kato, T. A. (2019). Internet addiction, smartphone addiction, and hikikomori trait in Japanese young adult: Social isolation and social network. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00455>
- Teo, A. R., Chen, J. I., Kubo, H., Katsuki, R., Sato-Kasai, M., Shimokawa, N., Hayakawa, K., Umene-Nakano, W., Aikens, J. E., Kanba, S., & Kato, T. A. (2018). Development and validation of the 25-item Hikikomori Questionnaire (HQ-25). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 72(10), 780–788. <https://doi.org/10.1111/pcn.12691>
- Young K. S. (2009). Internet addiction: the emergence of new clinical disorder. *Cyberpsychology & behavior*, 1(3), 237-244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes

31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

CONTRIBUTOS DA EDUCAÇÃO SOCIAL E PSICOLOGIA DA SAÚDE NA LITERACIA EM SAÚDE

Filipa Coelho^{1,2} (filipavcoelho@gmail.com), Marta Reis^{1,2}, Gina Tomé^{1,2}, Cátia Magalhães^{2,3}, & Margarida Gaspar de Matos^{2,4}

¹CI-ISCE; ISCE – Instituto Superior de Lisboa e Vale do Tejo;

²ISAMB – Instituto Saúde Ambiental, Lisboa, Portugal

³CI&DEI; Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal

⁴Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

O presente trabalho procura fundamentar a relação entre os domínios da saúde e da intervenção socioeducativa, a partir da demonstração dos contributos que a Pedagogia Social e a Educação Social apresentam no âmbito da promoção da literacia em saúde. A defesa desta interseção entre os mundos complexos e dinâmicos da “educação”, da “saúde” e do “social” é ainda pouco explorada e, neste sentido, o desafio é demonstrar a pertinência de atuar socio pedagogicamente no âmbito da educação e promoção da saúde individual e coletiva dos seres humanos, por forma a aumentar os seus níveis de bem-estar e de qualidade de vida.

Na perspetiva que o conhecimento da história é determinante para conhecer o presente, será apresentada uma breve descrição sobre as principais (re)evoluções do constructo da saúde, ao longo dos últimos séculos, que nos conduzirá à compreensão dos conceitos de promoção, educação e literacia em saúde. A literacia em saúde é o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos em acederem, compreenderem e usarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” e, neste sentido, “é determinante para o processo de empowerment” das pessoas (WHO, 1998, p.10). Assim, é a partir da educação para a saúde que se desenvolvem oportunidades de aprendizagem, que visam o aumento de conhecimento e das competências para a vida, determinantes para a melhoria da saúde individual e comunitária, potenciando, naturalmente, a literacia em saúde (WHO, 1998).

A defesa da necessidade de se apostar numa intervenção socioeducativa inicia-se com a articulação entre a Pedagogia Social, a Educação Social e a Literacia em Saúde para que, a partir desta se evidenciem as principais linhas emergentes e os contributos para a promoção da literacia em saúde. Destaca-se a necessidade de se promover o empowerment e de se valorizar o espaço da educação não formal, como espaço de intervenção da Pedagogia Social e da Educação Social. Consequentemente, procura-se valorizar a intervenção do Técnico Superior de Educação Social, enquanto profissional especializado na intervenção socioeducativa e, como

tal, defende-se a necessidade de o mesmo ser incluído nas equipas interdisciplinares dos contextos das políticas sociais, de educação e de saúde.

Perspetiva Teórica

A perspetiva teórica que aqui defendemos emerge de uma análise narrativa que se inicia com uma breve contextualização e enquadramento histórico e social sobre o conceito de saúde para se compreender a interseção entre os construtos de Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e Literacia em Saúde. Seguidamente, e valorizando uma abordagem interdisciplinar, defende-se a importância de intervenções sociopedagógicas especializadas com o envolvimento dos Técnicos superiores de Educação Social na promoção e desenvolvimento biopsicossocial das pessoas e comunidades em prol da promoção do empoderamento e da autonomia.

Evolução da saúde: Breve análise histórica

O desenvolvimento do conceito de saúde e doença é, desde sempre, uma história repleta de (re)construções de significações sobre a natureza, sobre as funções e estruturas do corpo e sobre as relações estabelecidas entre a pessoa e seu ambiente (Albuquerque & Oliveira, 2002).

A descrição do processo evolutivo dos conceitos de saúde e doença podem ser descritos em quatro grandes períodos (Albuquerque & Oliveira, 2002; Engel, 1977; Matos, 2004):

(a) O Período Pré-cartesiano, que se desenvolve até ao século XVII e que com Hipócrates, “pai da medicina”, separa a medicina do misticismo, reconhecendo que as doenças não são causadas por demónios ou deuses. Este período reconhece que o ambiente e os estilos de vida influenciavam o estado de saúde;

(b) Período científico ou de desenvolvimento do modelo biomédico, que se suporta em princípios de orientação científica do século XVII, a partir de grandes filósofos como Galileu, Descartes e Newton, que ao enunciarem os princípios básicos da ciência (modelo Cartesiano ou Mecanicista) sugerem a compreensão do mundo como um modelo mecânico que compreende o funcionamento do universo (e do Homem) como uma máquina (metaforicamente associada a um relógio) constituída por um conjunto de peças, e que para a compreender é necessário analisar os seus constituintes (peças) e suas funções a partir de um método analítico. Neste pressuposto, o modelo biomédico tradicional tem por base a visão cartesiana do mundo e, neste sentido, presume que as doenças sejam totalmente explicadas por desvios da norma de variáveis biológicas mensuráveis (somáticas), não deixando espaço para as dimensões sociais, psicológicas e comportamentais da doença;

(c) A Primeira Revolução da saúde (também denominada “teoria do germe”), decorre a partir do início da revolução industrial do século XVIII e tem no centro o desenvolvimento do modelo biomédico. Nesta época, caracterizada por fenómenos sociais significativos, com a alterações

dos sistemas de produção, o aumento migratório e conseqüente aglomerado de pessoas nas cidades, com precárias condições de habitabilidade e salubridade, manifestaram-se grandes epidemias decorrentes de doenças infectocontagiosas (tuberculose, pneumonia, escarlatina, difteria, entre outras) o que levou ao desenvolvimento de medidas de saúde pública que se tornaram determinantes para as mudanças dos padrões de saúde e de doença. A aplicação do modelo biomédico à saúde pública descentrou o foco da atenção da doença para a saúde, reconheceu que a etiologia da doença é multicausal e valorizou a importância da prevenção de doenças, continuando, no entanto, a não reconhecer a autonomia e papel determinante das pessoas no seu próprio estado de saúde.

(d) A Segunda Revolução de Saúde ocorre a partir do século XX e centra toda a sua abordagem na saúde ao invés da doença. Esta abordagem enfatiza o papel do comportamento humano no estado de saúde e reconhece que as doenças que mais contribuíram para a mortalidade e morbidade têm por base o comportamento humano (Albuquerque & Oliveira, 2002; Engel, 1977; Matos, 2004).

A partir dos meados do século XX o conceito de saúde começou a constituir-se enquanto objeto de investigação. Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), com as alterações políticas e econômicas e conseqüentes transformações no âmbito dos conceitos de direitos humanos, de igualdade social e de desenvolvimento econômico, houve necessidade de promover mudanças em torno das entidades de saúde e doença e, decorrente deste processo emerge a constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este marco histórico assume, em si mesmo, a definição de saúde como “estado de bem-estar físico, mental e social, total, e não apenas a ausência de doença, ou de incapacidade” e reconhece que a saúde de todos os povos é fundamental para a obtenção da paz e segurança e que a mesma depende da mais plena cooperação entre indivíduos e Estados (Pais Ribeiro, 2005; World Health Organization, 1948, p. 100).

A década de 70 do século XX reconhece, de forma perentória, a importância da saúde para a vida das pessoas e das comunidades (Pais Ribeiro, 2015) e é a partir dessa época que se assume um compromisso internacional de “Saúde para Todos” a partir de uma partilha de conhecimentos e debates entre os representantes mundiais (Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas, Organização Pan-Americana de Saúde), sobre os assuntos internacionais de saúde por forma a discutir, analisar e apresentar estratégias e recomendações que visem a melhoria da saúde das populações.

Destacam-se como documentos significativos neste processo o Relatório de Lalonde e a declaração de Alma-Ata Carta de Ottawa (Caldas & Santos, 2016; Lalonde, 1981; OMS, 1978; Pais Ribeiro, 2015; Soares de Matos & de Sousa-Albuquerque, 2006; World Health Organization, 1986). O Relatório de Lalonde, que defende que para se desenvolverem melhorias na Saúde das populações devemos considerar uma abordagem que vá para além do modelo biomédico e, desta forma, importa que se considerem os comportamentos das pessoas e os efeitos do meio ambiente sobre a saúde. A Declaração de Alma-Ata (1978) destaca a

importância dos cuidados de saúde primários e enfatiza, no seu ponto VII, que os mesmos são reflexo das condições económicas, socioculturais e políticas dos países e suas comunidades e que, neste sentido, “incluem a educação em relação a problemas prevaletentes de saúde, métodos para sua prevenção e controlo, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil (incluindo o planeamento familiar), imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controlo de doenças endémicas, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, e fornecimento de medicamentos essenciais”. A declaração de Alma-Ata reforça, ainda, que todos os sectores devem estar comprometidos com o desenvolvimento nacional e comunitário, bem como devem promover a autoconfiança e a participação individual e comunitária no planeamento, organização, funcionamento e gestão dos cuidados de saúde primários.

Posteriormente, a Carta de Ottawa (1986) - Promoção da Saúde nos Países Industrializados - resultou da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde como uma carta de intenções assente em contributos para se atingir uma “Saúde para Todos” no ano 2000 e nos anos consequentes. Deste documento emerge a definição de Promoção da Saúde enquanto “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação e controlo deste processo”. Salienta ainda que a saúde “deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo para viver” e, como tal, valoriza a saúde enquanto conceito positivo que reconhece e enfatiza os recursos pessoais e sociais. De salientar que a Carta de Ottawa (1986) destaca a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade como condições básicas e recursos para a saúde e que, como tal, a melhoria da saúde emerge da garantia destas condições básicas (Caldas & Santos, 2016; Lalonde, 1981; OMS, 1978; Pais Ribeiro, 2015; Soares de Matos & de Sousa-Albuquerque, 2006; World Health Organization, 1986).

Assim, após esta breve descrição histórica em torno da evolução do constructo de saúde, salienta-se que da Segunda Revolução da Saúde emergem os conceitos de promoção de saúde e estilos de vida, face à conceptualização “do comportamento como a grande epidemia do século XX” (Dias et al., 2004, p. 463), o que enfatiza que os comportamentos de saúde são determinados pelos domínios biopsicossociais dos indivíduos e que, como tal, devem valorizar o indivíduo e o seu contexto sociocultural, em complementaridade com o idealizado pela sociedade para lidar com os efeitos disruptivos da doença, isto é, com o papel do médico e o próprio sistema de saúde (Engel, 1977).

Promoção da Saúde, Educação para a Saúde e Literacia em Saúde

A aplicação do preconizado na Carta de Ottawa, no âmbito da Promoção da Saúde, concretiza-se a partir da construção e aplicação de programas, políticas ou outras atividades organizadas

que devem ter por base (7) princípios da Promoção da Saúde que visam a capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem um maior poder sobre os fatores pessoais, socioeconómicos e ambientais que afetam a saúde (empowerment). As ações de promoção da saúde devem, também, envolver as pessoas em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação (participativo) valorizando a promoção da saúde física, mental, social e espiritual (holístico) contemplando a colaboração de todos os sectores relevantes (intersectorial). Para além disso, as iniciativas realizadas devem ser guiadas por bases equitativas e de justiça social (equidade), usando uma variedade de abordagens (multiestratégica) articuladas - como o desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, legislação, advocacia, educação e comunicação – e garantindo que os indivíduos e comunidades são capazes de manter o desenvolvimento das ações após o término do financiamento (sustentabilidade) (Loureiro, 2008; WHO, 1998).

Evidencia-se que a saúde e a doença são influenciadas pelos demais fatores sociais e ambientais, sendo os mesmos fatores imprescindíveis para a compreensão do fenómeno de existir perda de saúde e mortes prematuras associadas aos estilos de vida adotados pelos indivíduos e comunidades. Assim, de acordo com Lalonde (1981) destacam-se como principais determinantes de saúde a biologia humana, que se configura na genética e no processo de envelhecimento; o meio-ambiente, que envolve o conjunto de fatores externos ao corpo e que têm impacto na saúde (onde se inclui a contaminação física, química, biológica e os domínios psicossociais e socioculturais); os estilos de vida, que envolvem os comportamentos associados à saúde e sobre os quais os indivíduos podem exercer o seu controlo; e, finalmente, o sistema de saúde que remete para a quantidade, a qualidade, a distribuição e a acessibilidade por parte dos cidadãos aos serviços de saúde (Amâncio Carvalho & Carvalho, 2006; Graça, 2015; Lalonde, 1981).

Neste sentido, há que valorizar efetivamente os fatores promotores de saúde (defendendo uma abordagem positivista e salutogénica) e descentrar a atenção nos agentes causais da doença, da prevenção e do tratamento, uma vez que, “a saúde, enquanto um recurso para o desenvolvimento, que permite uma vida biopsicossocial e espiritual positiva e economicamente produtiva, tem subjacente a responsabilização e a intervenção individual e coletiva, de forma a se poder agir sobre os seus determinantes”. Assim, a orientação salutogénica centra-se nas pessoas, no contexto, nos recursos e nas potencialidades e, enquanto base da promoção da saúde, direciona os seus esforços de pesquisa e ação para abranger todas as pessoas, onde quer que elas estejam no continuum, e nos seus fatores salutogénicos (Antonovsky, 1996; Graça, 2015, p. 9).

A Promoção da Saúde encontra-se, como se verifica, intimamente associada à Educação para a Saúde e deve ser analisada como um conceito amplo que envolve ações e estratégias educativas, organizacionais, ambientais, económicas e políticas, e a Educação para a Saúde como uma estratégia da Promoção da Saúde (Dias et al., 2004; Loureiro, 2008). Já Simonds, professor de Educação para a Saúde da Universidade de Michigan, em 1974, no seu artigo “Health Education as a Social Policy” defendia a Educação para a Saúde como uma questão política, que se

desenvolve enquanto Política de Saúde através do envolvimento dos sistemas de saúde, de educação e de comunicação (e suas respectivas instituições) e na partilha de responsabilidades na implementação de ações que visem a melhoria de saúde das populações (Simonds, 1974).

Existe uma forte correlação entre a Educação e a Saúde. A educação pode determinar a saúde, bem como a saúde pode determinar a educação. Níveis educacionais mais elevados afetam positivamente a saúde o que, por si só, valoriza a importância de se apostar na educação como um investimento a longo prazo, como um incentivo para que os indivíduos se mantenham saudáveis e colham os dividendos do investimento realizado, uma vez que, o aumento dos níveis de educação leva a diferentes padrões de pensamento e tomada de decisão. Em termos económicos, o investimento em termos de educação é inferior em termos de saúde, causando, no entanto, mudanças significativas nos indivíduos, fundamentando assim que, políticas com impacto ao nível educacional poderiam traduzir-se num grande efeito na saúde da população (Cutler & Lleras-Muney, 2006; Suhrcke & de Paz Nieves, 2011).

Assim, a Educação para a Saúde “deve ser encarada como uma atividade interativa e com intervenções globais e globalizantes, em que os serviços de saúde e de educação se conjuguem com outros recursos comunitários”. Esta intervenção destaca e valoriza o meio ambiente e os estilos de vida dos indivíduos, das famílias e comunidades, bem como, reconhece as necessidades, perceções, crenças, valores, cultura de cada individuo, por forma a assegurar os demais contributos no âmbito do empowerment individual e comunitário. O processo de empoderamento irá contribuir para a autonomização e responsabilização do indivíduo face à sua própria saúde (Calvinho & Amorim, 2015, p. 15), levando-nos então à compreensão do conceito de literacia em saúde.

A educação e literacia em saúde encontram-se bem correlacionadas. A literacia em saúde desempenha um papel mediador entre educação e saúde (Stars, 2018). A literacia em saúde é o conjunto de “competências cognitivas e sociais que determinam a capacidade dos indivíduos em acederem, compreenderem e usarem a informação de forma a promover e manter uma boa saúde” e, neste sentido, “é determinante para o processo de empowerment” das pessoas (World Health Organization, 1998, p. 10). Trata-se, portanto, de um determinante de saúde extremamente relevante no âmbito da qualidade de vida que, naturalmente, face às suas características, reflete as desigualdades sociais dos cidadãos. Considerada enquanto um direito, a literacia em saúde traduz, também, um grande impacto económico no desenvolvimento dos países (Loureiro, 2015).

Na certeza, porém, que é vasto e complexo o conjunto de competências necessárias para a aquisição e adoção de comportamentos saudáveis, importa que se aumentem significativamente os índices de conhecimentos factuais sobre, por exemplo, o que faz bem ou mal à saúde, bem como, se desenvolvam competências emocionais, cognitivas e comportamentais que possibilitem a aplicação dos conhecimentos nos demais contextos (Santos, 2010). De acordo com Nutbeam (2015, 2017), os diferentes âmbitos de competências da literacia em saúde podem ser classificadas como: funcionais, interativas e críticas.

A Literacia em Saúde Funcional descreve habilidades de nível básico que são suficientes para os indivíduos obterem informações relevante sobre saúde e serem capaz de aplicar esse conhecimento para uma série de atividades prescritas. Indivíduos com essas habilidades básicas de Literacia em Saúde geralmente são capazes de conhecer informações factuais sobre os riscos de saúde e sobre como usar o sistema de saúde. Este âmbito de literacia não privilegia uma comunicação interativa nem promove a autonomia de tomada de decisão face à saúde.

A Literacia em saúde interativa engloba um conjunto de competências mais avançadas que permitem aos indivíduos incorporar e aplicar novas informações e participar interactivamente com outras pessoas para ampliar o conhecimento e tomar decisões. Tendencialmente, os indivíduos que apresentam este nível de competência mais avançadas tendem a encontrar-se bem posicionados para aplicar novas informações à evolução das suas circunstâncias de vida. Tais habilidades permitem que os indivíduos atuem sobre novas informações e interajam com maior confiança com os prestadores de informações, tais como os profissionais de saúde.

A Literacia em Saúde crítica descreve as habilidades cognitivas mais avançadas que, juntamente com habilidades sociais, podem ser aplicadas para analisar criticamente as informações e usa-las para exercer maior controle sobre eventos e situações da vida. Isso pode incluir informações sobre riscos à saúde pessoal, mas também sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde. Este tipo de literacia em saúde pode estar mais ligado ao benefício da população, juntamente com benefícios para o indivíduo (Nutbeam, 2015, 2017).

A Pedagogia Social e a Educação Social na Saúde: Contributos para a literacia em Saúde

A Pedagogia Social é uma ciência pedagógica e social de aplicação teórico-prática que se posiciona no âmbito das ciências da educação. Trata-se de um constructo que é composto por dois termos: "pedagogia" e "social", no qual, pedagogia refere-se tanto ao conhecimento como à ação, e social refere-se ao "sujeito em relação" em grupos e comunidades. A Pedagogia Social, enquanto ciência prática e aplicada, orientada para a intervenção que visa a melhoria de qualidade de vida dos indivíduos e grupos, tem como objetivo obter conhecimento científico na sua área de conhecimento, para intervir na realidade e verificar os fundamentos da sua prática enquanto conhecimento e ação, pesquisa e intervenção, ciência e tecnologia (Serrano et al., 2014; Serrano, 2009).

A Pedagogia Social afirma-se a partir de uma perspetiva investigadora e de ação social e tem como seu objeto de estudo a resolução de problemas socioeducativos. A Pedagogia Social assume-se como “ciência pedagógico-social e tecnológica da educação social” (Serrano, 2009, p. 94) e apresenta na educação não formal o seu núcleo base (Gohn, 2006). No âmbito do campo de ação da Pedagogia Social “a educação não formal procura abranger pedagogicamente a diversidade e riqueza dos contextos sociais pela aplicação de experiências educativas inovadoras centradas em aprendizagens reais” (Cardoso, 2006, p. 13) Neste sentido, a Pedagogia Social, no seu espaço de educação-não formal, promove a integração das pessoas

em risco na sociedade de forma promotora, proactiva e preventiva e não se assume meramente enquanto forma de “tratamento”. A Pedagogia Social deve ser vista como uma resposta a uma série de situações sociais e educativas específicas.

Decorrente dos processos evolutivos das sociedades, a pedagogia social encontra-se num processo de reconhecimento e valorização no mundo (Úcar, 2014) e, neste sentido, também a Educação Social releva a sua emergência. O desenvolvimento da Educação Social enquanto uma resposta educativa e psicossocial, concretiza-se em todos os contextos no qual o ser humano se desenvolve ao longo da sua vida, numa conceção emancipatória, relacional, transformadora e transformativa (Timóteo & Bretão, 2010).

A Educação para a Saúde é um dos âmbitos de intervenção da Educação Social e, visa a capacitação dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis através do desenvolvimento de atitudes positivas e preventivas de situações de risco. O desenvolvimento de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis exigem uma intervenção articulada entre os níveis individuais, sociais, culturais e comunitários. Assim, a educação para a saúde deve ser encarada enquanto um processo holístico e que tem por base as várias dimensões globais e particulares dos indivíduos na sua incessante interação com o meio ambiente (Branco, 2007; Amâncio Carvalho & Carvalho, 2006; Toldy et al., 2011).

Nesta perspetiva, facilmente se compreendem os contributos que a educação social apresenta no âmbito da promoção, educação e literacia em saúde. Se recordarmos que um dos âmbitos da literacia em saúde é integrar e considerar os indivíduos, enquanto agentes ativos no processo de tomada de decisão, face aos seus comportamentos de saúde e reconhecermos, por isso, que é imprescindível dotar os cidadãos de competências para lidar com o sistema de saúde e com a gestão da sua própria saúde e doença (Santos, 2010), então este processo deverá ser considerado socioeducativo e deverá ter o contributo dos profissionais da Educação Social (Técnicos Superiores de Educação Social).

Neste sentido, e de acordo com a World Health Organization (2012), quando se procura sistematizar quais os principais temas que emergem dos comportamentos de saúde, destacamos as competências intrapessoais, o suporte interpessoal e o contexto ambiental. As competências intrapessoais estão relacionadas com as características individuais que influenciam o comportamento (conhecimento, atitudes, crenças, personalidade), o suporte social releva processos de apoio interpessoal (incluindo familiares, amigos e pares) que forneçam regras de identidade social, apoio e definição de papéis, e, por fim o contexto ambiental que envolve os fatores institucionais que se constituem nas regras, regulamentos, políticas e estruturas informais, que podem restringir ou promover o comportamento recomendado; os fatores comunitários que se referem às redes sociais, normas, ou padrões, que existem formalmente ou informalmente entre indivíduos, grupos e organizações; e as políticas públicas que envolvem as políticas locais e as leis que regulam ou apoiam ações e práticas saudáveis para a prevenção de doenças, para deteção precoce, controlo e gestão.

A literacia em Saúde implica o desenvolvimento de competências pessoais, cognitivas e sociais por forma a que as mesmas contribuam para melhoria de acesso às informações de saúde, à capacidade de utilizá-las eficazmente e, naturalmente, potenciem o processo de empowerment individual e comunitário (Nutbeam, 2000).

A educação social encontra-se intimamente correlacionada com a promoção e educação para a saúde (e conseqüente prevenção de comportamentos de risco) através do conceito de empowerment e, enquanto intervenção socioeducativa, assume a sua função social de mediação e negociação, colocando no campo da sua ação a pessoa (individual ou coletiva) enquanto parceira privilegiada da ação pedagógica intencional e planeada (Coelho, 2014; Coelho et al., 2020). O empowerment pode ser definido como a capacidade de controlo e sensação de poder sobre o meio ambiente, ligado ao reconhecimento pelo indivíduo das suas competências neste domínio” (Anaut, 2005, p. 77). Assim, o empowerment é um processo social, cultural, psicológico e/ou político, através do qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, de apresentar as suas preocupações, de planear estratégias e tomar decisões. No âmbito da promoção e educação para a saúde, o empowerment traduz-se enquanto um processo através do qual as pessoas ganham maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde (World Health Organization, 1998) e, como tal, trata-se de um processo que tem muito a oferecer à promoção da saúde (Rissel, 1994).

O empowerment encontra-se associado a diferentes áreas do conhecimento e, no espaço da intervenção social, baseia-se em conceitos e práticas multidisciplinares e participativas. Trata-se de um processo interativo (que envolve tanto o indivíduo como o seu ambiente) e implica uma mudança interna, refletida no sentimento e na crença da capacidade pessoal para tomar decisões e resolver problemas, e uma mudança externa, expressa na habilidade de agir e aplicar habilidades práticas, informações e recursos adquiridos. O resultado do empowerment é, assim, a capacitação fundamentada em conhecimento e habilidades, que vão desde a consciência política crítica, às competências interpessoais e a habilidade de lidar com desafios quotidianos e de vida (Corrêa Cavalieri & Neves Almeida, 2019).

O profissional de educação social com a implementação de intervenções socioeducativas, atua na capacitação dos sujeitos para a vida social, promove o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, capacita os indivíduos para uma melhor atuação e tomada de decisão sobre o seu bem-estar social, psicológico e físico (Carvalho & Baptista, 2004) e revê no conceito de empowerment a sua linha estratégica de intervenção.

Em Portugal, de acordo com o Relatório - Plano de Ação para a Literacia em Saúde (2019-2022), a dimensão da promoção da saúde é a que apresenta níveis mais elevados de literacia em Saúde. As dimensões da prevenção da doença e cuidados de saúde apresentam os valores mais preocupantes. Releva ainda o relatório, a associação entre os valores de literacia em saúde, a idade e o nível de escolaridade, verificando-se um aumento dos níveis inadequados de literacia em saúde à medida que a faixa etária aumenta e o nível de escolaridade diminui. Torna-se então necessária a adequação de programas e iniciativas que valorizem as condições de vida das

pessoas e comunidades, ao longo do ciclo de vida, e valorizarem a promoção da adoção de comportamentos adequados e ajustados à realidade quotidiana (Arriaga et al.,2023).

Nesta perspetiva, e recordando que um dos objetivos da educação social é promover a autonomia das pessoas (enquanto entidade individual ou coletiva) no decorrer do seu processo de desenvolvimento biopsicossocial, é urgente definir ações concertadas e dinâmicas que reconheçam e valorizem os contextos e as realidades socioeducativas, que contribuam para o efetivo empowerment, para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais e, conseqüentemente, para níveis de literacia em saúde adequados. A literacia em saúde é determinante para os indivíduos e comunidades e representa um capital social, é sinónimo de empowerment e releva a saúde como contexto de vida nos demais domínios socioculturais em que as pessoas vivem, sendo por isso, considerado um recurso para melhorar a qualidade de vida das pessoas dentro dos domínios da saúde, da prevenção de doenças e da promoção da saúde (Kickbusch et al., 2013).

CONCLUSÃO

Urge atuar, sociopedagogicamente, no âmbito da Educação e Literacia em Saúde para mudar comportamentos de saúde. Ao potenciarmos o ato educativo como uma ferramenta imprescindível ao processo de capacitação (empowerment) das populações estamos a contribuir para a promoção do bem-estar e aumento da qualidade de vida (Carvalho et al., 2008).

A intervenção no campo da saúde deve ser transversal a várias áreas do conhecimento, uma vez que, como nos afirma Loureiro (2008, p.66) “a multidisciplinaridade, intersectorialidade e participação são inerentes à prática da Promoção da Saúde”. Neste sentido, os Técnicos Superiores de Educação Social são agentes fundamentais na melhoria de qualidade de vida dos cidadãos e no contributo para uma maior equidade social

A promoção, educação e literacia em saúde requerem que os profissionais no seu processo de formação, adquiram “competências de relacionamento humano, de negociação, de colaboração, de visão sistémica das organizações e das pessoas, de advocacia de políticas comprovadamente eficazes na melhoria do bem-estar dos cidadãos, de avaliação da efetividade das intervenções e da sua mais-valia em termos individuais e sociais” (Loureiro, 2008, p. 65) e estas são competências profissionais, também, dos Técnicos Superiores de Educação Social. Como nos relembra Úcar (2023), estes profissionais, que têm na sua base conceptual a Pedagogia Social, pautam a sua intervenção no sentido de capacitar as pessoas com recursos de aprendizagem indispensáveis para viverem as suas vidas de forma digna e harmoniosa, nos seus ambientes locais e comunitárias. Trata-se, portanto, de uma abordagem pedagógica da vida e para a vida quotidiana.

Os índices de literacia em saúde em Portugal requerem atenção, pelo que importa que se olhe para as políticas sociais, de educação e de saúde e se promova a aplicação de programas de promoção e educação para a saúde com técnicos especializados. Neste sentido, e como defendem Nutbeam e Lloyd (2021) apoiar as pessoas a desenvolverem uma literacia interativa e crítica, em matéria de saúde, exige o desenvolvimento de competências transferíveis (que incluem a obtenção, a compreensão, a interpretação e a ação sobre a informação de saúde) e um compromisso assente na tomada de decisões partilhadas e autonomia. O desenvolvimento destas competências contribui para diminuir as causas e os efeitos das desigualdades na saúde.

A valorização da saúde é determinante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas e comunidades e, por isso, não pode ser descurada no âmbito da sua intervenção socioeducativa. Compreender efetivamente o conceito de educação, é valorizar a complementaridade entre a educação formal, não formal e informal e é, acima de tudo, reconhecer o papel basilar e estruturante que apresenta no desenvolvimento do indivíduo, ao longo da vida, e nos seus domínios biopsicossociais (Coelhoso, 2014).

Consciente da importância que a Educação Não Formal representa no núcleo do contexto educativo, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, no âmbito das suas recomendações, alerta para a necessidade de se apostar na Educação Não Formal e apela ao reconhecimento da educação não-formal como um parceiro fundamental no processo de aprendizagem ao longo da vida” (Comissão Europeia, 2000).

A Educação Social pode dar contributos significativos na Literacia em Saúde, pela sua especificidade de intervenção socioeducativa e pela valorização da educação não formal. A sua conceptualização científica, técnica, teórica, relacional e prática socioeducativa permite a valorização dos sujeitos através das suas particularidades (potencialidades e competências, suas necessidades, dimensões éticas, culturais e sociais), o que é facilitador de processos de aquisição de competências, melhoria da qualidade de vida e, naturalmente, da literacia em saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C., & Oliveira, C. P. F. de. (2002). Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*. <http://hdl.handle.net/10400.19/635>
- Anaut, A. (2005). *A Resiliência - Ultrapassar os traumatismos*. Climepsi.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arriaga, M., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*. Direção-Geral da Saúde
- Branco, M. L. (2007). *A escola - comunidade educativa e a formação dos novos cidadãos*. Instituto Piaget.

- Caldas, J., & Santos, Z. M. (2016). Saúde e equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 540-541.
- Calvinho, M. de L. S., & Amorim, C. (2015). (Re)Pensar a Educação para a Saúde: Educação para saúde ou para a vida. In L. Santos, C. Parente, J. Ribeiro, & Â. Pontes (Coord.), *Promoção da Saúde: Da investigação à Prática* (pp. 15–17). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS.
- Cardoso, A. M. S. (2006). Alguns desafios que se colocam à Educação Social. *Cadernos de Estudo*, 3, 7-15. http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/880/2/Cad_3EducacaoSocial.pdf
- Carvalho, A., & Baptista, I. (2004). *Educação Social: Fundamentos e Estratégias*. Porto Editora.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde, dos enfermeiros*. Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Carvalho, G., Gonçalves, A., Rodrigues, V., & Albuquerque, C. (2008). O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamento de risco. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- Coelhoso, F. (2014). *Análise preditiva do consumo de álcool e nível de stress mediante as variáveis psicossociais inteligência emocional e resiliência, na população portuguesa* [Tese de Doutoramento, Universidad Miguel Hernández de Elche] <http://dspace.umh.es/handle/11000/2696>
- Coelhoso, F., Carvalho, F., & Mucharreira, P. R. (2020). Educação Social: Uma Permanente (Re) construção pessoal e social. *Di@ Logus*, 9(1), 77-89.
- Comissão Europeia. (2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, SEC (2000)*. Comissão Europeia.
- Corrêa Cavalieri, I., & Neves Almeida, H. (2019). Power, Empowerment and Social Participation- the Building of a Conceptual Model. *European Journal of Social Science Education and Research*, 5(1), 174–185. <https://doi.org/10.2478/ejser-2018-0020>
- Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006, July). Education and Health: Evaluating Theories and Evidence (Working Paper National Bureau of Economic Research No. 12352) <https://doi.org/10.3386/w12352>
- Dias, M. D. R., Duque, A. F., Silva, M. G., & Durá, E. (2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*, 3(XXII), 463–473.
- Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Gohn, M. da G. (2006). Educação não-formal na pedagogia social. In *Proceedings of the I Congresso internacional de pedagogia social*. http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100034
- Graça, L. (2015). Promoção da saúde: Uma abordagem positiva da saúde. In L. Santos, C. Parente, J. Ribeiro, & A. Pontes (Eds.), *Promoção da Saúde: Da investigação à Prática* (pp. 8–14). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, SPPS.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F., & Tsouros, A. (2013). *Health literacy: The solid facts* (World Health Organization. Regional Office for Europe, Ed.). World Health Organization Regional Office for Europe.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Loureiro, I. (2008). O processo de aprendizagem em promoção da Saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 42(1), 65–89. https://doi.org/10.14195/1647-8614_42-1_4
- Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 33(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.001>
- Matos, M. G. D. E. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 449–462.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2015). Defining, measuring and improving health literacy. *Health Evaluation and Promotion*, 42(4), 450–456. <https://doi.org/10.7143/jhep.42.450>
- Nutbeam, D. (2017). Health literacy as a population strategy for health promotion. *JJHEP*, 25(3), 210–222.
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 42(1), 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- OMS. (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma Ata - URSS, 1978)*. *Cuidados Primários de Saúde*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 3–9. <https://doi.org/10.15309/15psd160102>
- Pérez Serrano, G., Fernández, A., & García ILLamas, J. L. (2014). Fundamentos de la pedagogía social y de la educación social. *Interfaces Científicas*, 3(1), 21–32.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39–47. <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.39>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4, 127–134. Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2320?locale=pt>
- Serrano, G. P. (2009). *Pedagogia Social - Educación Social: constucción científica e intervención práctica*. NARCEA.
- Simonds, S. K. (1974). Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*, 2(1_suppl), 1–10. <https://doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Soares de Matos, A. P., & de Sousa-Albuquerque, C. M. (2006). Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários Portugueses: Influência da área de formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 647–663.
- Stars, I. (2018). Health literacy as a challenge for health education, 02004.
- Suhrcke, M., & de Paz Nieves, C. (2011). *The impact of health and health behaviors on educational outcomes in high-income countries* (No. 48). World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Timóteo, I., & Bretão, A. (2010). Educação social transformadora e transformativa: clarificação de sentidos. *Sensos*, 2, 11–26.
- Toldy, T., JÓlluskin, G., Silva, I., & Meneses, R. (2011). Educação para a Saúde - Educação

- para a Cidadania: Relato de duas experiências de Extensão Comunitária. *Antropológicas*, 12, 52–59.
- Úcar, X. (2014). Una Pedagogía Social y una Educación Social que buscan construir futuro. *Pedagogia / Educação Social - Teorias & Práticas. Espaços de Investigação, Formação e Ação.*, (September), 8–10.
- Úcar, X. (2023). Ideas for Mapping Lifeworld and Everyday Life in Practical Social Pedagogy. *Educational Theory*, 73(4), 593–614. <https://doi.org/10.1111/edth.12589>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Evaluation: Recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation.* Health Promotion Evaluation, 1–8. <https://doi.org/E60706>
- World Health Organization. (1948). *Official Records of the World Health Organization.* Geneve. https://www.myfloridacounty.com/official_records/index.html
- World Health Organization. (1986). Ottawa charter for health promotion. *Health Promotion International*, 1(4), 405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. *World Health Organization Geneva.* <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- World Health Organization. (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Health promotion practice.* <https://doi.org/10.1177/1524839914538045>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

EMPODERAMENTO PSICOLÓGICO E RESILIÊNCIA PARA UMA LONGEVIDADE SAUDÁVEL

Maria Cristina Faria^{1,2} (mcfaria@pbeja.pt)

¹Instituto Politécnico de Beja, Portugal

²CinTurs - Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-estar, UALg, Portugal

Na nossa época presenciamos o fenómeno do aumento da esperança de vida que constitui uma oportunidade única para os humanos envelhecerem e atingirem longevidade com mais anos de vida saudável. O desafio de maior longevidade requer políticas, serviços de proximidade e ações públicas, sociais, educacionais, ambientais e de saúde (Faria, 2021). É preciso desenvolver ações articuladas com os decisores políticos, governança, especialistas e técnicos de gerontologia no terreno que possibilitem a criação e melhoramento de apoios ao envelhecimento ativo e saudável das pessoas de uma comunidade, assegurando desta forma uma vida autónoma, segura, com funcionalidade/mobilidade e bem-estar (Fonseca, 2021; Ribeirinho, 2021).

Até onde vai a nossa longevidade? Até que idade queremos viver? A expectativa de vida máxima dos humanos estima-se entre 120 e 150 anos? Viver mais anos é um valor e um desafio à humanidade, mas, com condições de saúde, apoios, dignidade, relações gratificantes e objetivos de vida. De acordo com o estudo publicado na revista médica *The Lancet* (Kontis et al., 2017) que abrangeu países de alta renda na Ásia e no Pacífico, América do Norte, Europa Central e Europa Ocidental, bem como países latino-americanos membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), prevê-se que a esperança de vida aumente em todos os 35 países, com uma probabilidade de pelo menos 65% para as mulheres e 85% para os homens. Observando os países estudados verificou-se que há uma probabilidade de 90% de que a expectativa de vida ao nascer entre as mulheres sul-coreanas em 2030 seja superior a 86,7 anos. Curiosamente, a mesma que a maior expectativa de vida mundial em 2012 e ainda uma probabilidade de 57% de que seja superior a 90 anos. A expectativa de vida feminina projetada na Coreia do Sul é seguida pela da França, Espanha e Japão. Há uma probabilidade maior que 95% de que a expectativa de vida ao nascer entre os homens na Coreia do Sul, Austrália e Suíça ultrapasse 80 anos em 2030, e uma probabilidade maior que 27% que ultrapasse 85 anos. Dos países estudados, EUA, Japão, Suécia, Grécia, Macedónia e Sérvia têm alguns dos menores ganhos de expectativa de vida projetados para homens e mulheres. Os autores inferiram que a vantagem da expectativa de vida feminina sobre os homens provavelmente diminuirá até 2030 em todos os países, exceto no México, onde a expectativa

de vida feminina deve aumentar mais do que a masculina, e no Chile, França e Grécia, onde os dois sexos terão ganhos semelhantes. Por conseguinte, o estudo evidencia uma diferenciação de longevidade entre os países estudados e a existência de uma grande probabilidade de que a esperança de vida continue a aumentar em todos os países industrializados. Surge uma longevidade aprimorada. Destaca-se que até 2030 a expectativa de vida feminina na Coreia do Sul quebrará a barreira dos 90 anos, mais de metade dos ganhos projetados na expectativa de vida ao nascer nas mulheres será devido ao aumento da longevidade acima dos 65 anos. As suas projeções mostram não só aumentos contínuos na longevidade, mas também, a necessidade de um planeamento cuidadoso para serviços de saúde, sociais e pensões.

De acordo com as Tábuas de mortalidade para Portugal (INE, 2023), no triénio 2020-2022, a esperança de vida à nascença foi estimada em 80,96 anos, sendo 78,05 anos para os homens e 83,52 anos para as mulheres. Em igual período, a esperança de vida aos 65 anos fixou-se em 19,61 anos para o total da população. Aos 65 anos, os homens podiam esperar viver 17,76 anos e as mulheres 20,98 anos. Nos últimos dez anos, a esperança de vida aos 65 anos aumentou 9,7 meses para os homens e 8,5 meses para as mulheres. Ou seja, uma pessoa em Portugal pode viver, em média, até aos 84,6 anos. Este indicador, revelado a 29 de novembro de 2022, no portal do Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2022), corresponde a uma redução de menos de um mês (0,6 meses) relativamente ao triénio anterior. Na atualidade, os homens de 65 anos de idade podem esperar viver, em média, até aos 82,76 anos e as mulheres 85,68 anos. Por conseguinte, com estes números, a idade da reforma em 2024 será de 66 anos e quatro meses, mantendo-se o valor de 2023. A esperança média de vida dos portugueses tem aumentado constantemente nas últimas décadas, em particular, aumentou cerca de três anos entre 1998 e 2018. O novo coronavírus veio interromper esse ciclo de melhoria deste indicador. A esperança de vida aos 65 anos foi estimada em 19,35 anos no triénio 2019-2021, ou seja, menos 4,1 meses do que no triénio anterior. De acordo com a publicação do INE “Tábuas de Mortalidade em Portugal – NUTS (2019-2021)” (INE, 2022), a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada, neste período, em 77,67 anos para os homens e em 83,37 anos para as mulheres.

Os dados são relevantes e apelam para diligências estratégicas e concertadas a nível global e local, contudo, é preciso ir além da abordagem sociodemográfica do envelhecimento e da longevidade (Faria, 2021). Uma vida mais longa é um recurso valioso do presente e do futuro não só para o(a) próprio(a) e para a sua família, mas também para a sociedade. Hoje temos a possibilidade de conviver com muitas gerações, o que torna a vida mais interessante e chamativa ao envolvimento e partilha do conhecimento e vivência humana. Os “anos extra” depois da reforma (mais ou menos depois dos 65 anos) não podem constituir-se como uma operação de adição de longevidade (Faria, 2018). A meta para promover envelhecimento implica diligenciar ações planificadas consertadas e solidificação de sinergias e *mindset* positivas e criativas em prol da construção de iniciativas de pró-envelhecimento comunitário e do florescimento de um envelhecimento saudável ao longo do ciclo de vida, construindo e disponibilizando serviços de proximidade e indo ao encontro das reais necessidades das pessoas maiores.

Partindo da premissa de que o envelhecimento e a longevidade são um processo complexo e multifatorial situemo-nos agora na sua abordagem psicológica. De que forma uma longevidade saudável se encontra relacionada com competências de uma personalidade como o *empowerment* e a resiliência psicológica? Considerando o percurso que é preciso abraçar para usufruir do envelhecimento com saúde e alcançar uma longevidade saudável, o presente estudo tem como principal objetivo compreender o papel do empoderamento e resiliência psicológica para ser um (a) longo(a) com saúde e bem-estar.

Envelhecimento e longevidade saudável

A esperança média de vida humana aumentou no último século, mas, a esperança máxima de vida aumentou modestamente. Estas observações levam-nos à noção de que a expectativa de vida humana pode ter atingido o seu limite natural máximo de 115 anos (Ben-Haim et al., 2018). Como dizem as pessoas mais velha “Ser longo não é fácil!”. Envelhecer e atingir o máximo da idade humana com qualidade de vida e saúde tem por base causas biológicas/genéticas do envelhecimento (Ben-Haim et al., 2018), mas, também, está relacionado com qualidade de vida e relações interpessoais gratificantes (Faria, 2021). Os apoios sociais e de saúde disponibilizados parecem determinar as trajetórias de vida do envelhecimento e longevidade (Carla & Ribeirinho, 2021).

Envelhecimento e longevidade são dois conceitos distintos que se encontram relacionados entre si. Quando falamos de envelhecimento estamos a referir-mo-nos ao ato ou efeito de envelhecer, isto é, ao processo de desenvolvimento humano biopsicossociocultural do qual não conseguimos escapar desde que somos concebidos. Já longevidade remete-nos para uma duração de vida mais longa, isto é, alguém com determinadas características e qualidade de vida consegue viver mais tempo que os outros (Faria, 1994). Ao longo da vida humana os indivíduos sentem uma necessidade intrínseca de controlar as suas vidas. Para o efeito são chamados a realizar uma atualização constante desta que presume alterações regulares ao nível dos objetivos e do sentido da própria vida. Estas alterações exigem a realização de mudanças sistemáticas na distribuição de recursos. O modelo SOC – Seleção, Otimização, Compensação proposto por Baltes e colaboradores (Baltes & Freund, 2003, cit. por Fonseca, 2010) mostra que se dividirmos a vida em duas partes, na primeira o investimento primário de recursos é dirigido a processos que configuram ganhos desenvolvimentais e na segunda os recursos são investidos no sentido da manutenção desses ganhos e da compensação das perdas, de forma a limitar as suas consequências. É importante que neste processo as pessoas mais velhas estejam conscientes das perdas e dos ganhos do envelhecimento, de forma a diminuir o impacto das perdas e a aumentar o investimento das suas capacidades, possibilitando delinear estratégias de prevenção de riscos, de proteção, cuidado e segurança do self e de promoção da saúde e do bem-estar.

Os valores das pessoas idosas são desenvolvidos ao longo da vida e o ajustamento e a adaptação aos desafios do envelhecimento ocorrem gradualmente para a maioria das pessoas. A teoria da continuidade salienta duas noções a considerar: a continuidade e adaptação contextual. Scharlach (2012) forneceu uma estrutura conceitual socialmente situada mais ampla, sintetizada a partir da literatura da psicologia do desenvolvimento ao longo da vida. Ele sugere um modelo de "envelhecimento ótimo" capturado em cinco conceitos centrais: continuidade (a capacidade de manter preferências estabelecidas), compensação (apoio do ambiente físico), conexão (interações sociais significativas), contribuição (uma necessidade ao longo da vida de ter um impacto positivo no ambiente) e desafio (oportunidades de estimulação).

O envelhecimento surge associado a determinadas fragilidades físicas, mentais e sociais que é preciso prevenir ou saber identificar para poder aprender a lidar com elas e alcançar bem-estar e qualidade de vida (Faria, 2018). As evidências mostram que as doenças e as incapacidades, em particular, as doenças crônicas degenerativas surgem por vezes nesta faixa etária e afetam a capacidade funcional. Como é compreensível, quanto maior for a fragilidade maior é o risco de incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Strandberg et al., 2011), por isso, é importante estar atento aos sinais e investir na prevenção dos riscos e promoção de uma longevidade saudável. A ciência desenvolvimental pode contribuir para melhorar a vida dos idosos (Fonseca, 2010, 2021; Ribeirinho, 2021), em particular, através da implementação de políticas e programas favoráveis ao desenvolvimento positivo das pessoas mais velhas que viabilizem as relações adaptativas entre os indivíduos e os seus contextos e o seu florescimento.

A visão da OMS sobre o envelhecimento saudável parece ser universal e caracterizada por dois aspetos importantes: diversidade e desigualdade. Os estudos evidenciam que a atividade mental e a atividade física dos idosos com 80 anos não é igual. Isto é, embora a idade avançada esteja frequentemente associada à diminuição da capacidade intrínseca, em alguns casos uma pessoa de 80 anos pode apresentar capacidades mentais e físicas melhores ou semelhantes às de uma pessoa de 30 anos (Rudnicka et al., 2020). Estamos a falar de diversidade. Por isso, na perspetiva da OMS, os cuidados devem ser dirigidos a um amplo espectro de pessoas idosas. De acordo com a OMS o problema da diversidade pode surgir da desigualdade, entendida como as influências diferenciais de fatores como a genética, sexo, etnia e meio ambiente no envelhecimento (Rudnicka et al., 2020). Estes valores em ações devem ser reduzidos para ajudar na implementação de um programa para um envelhecimento saudável. Envelhecer bem, nas suas diversas formas, tem aspetos objetivos e subjetivos. Por conseguinte, olhar para a diversidade das pessoas idosas e dos seus ambientes não pode ser ignorado pelos investigadores sociais do envelhecimento (Grove, 2021)

A opção consciente de um estilo de vida saudável ao longo da vida em ambiente favorável contribui para uma vida mais saudável na velhice e proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos mais velhos, viabilizando um envelhecimento saudável e gratificante. É consensual que o estilo de vida saudável para idosos engloba várias dimensões a considerar: alimentação saudável, atividade física regular, manter um peso saudável, manter a mente ativa, fazer da saúde uma prioridade, participar em atividades de que

se gosta, desempenhar um papel ativo nos cuidados de saúde, não fumar. Os estudos têm destacado como a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais estão diretamente relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes (Carvalho & Dias, 2011; Rudnicka et al., 2020). De acordo com European Union e Committee of the Regions (Andor et al., 2011), é preciso saber como tornar os cidadãos sêniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento.

Empoderamento psicológico

É consensual definir o empoderamento como o processo pelo qual os indivíduos ganham mestria ou controlo sobre as suas próprias vidas, autonomamente acedem aos recursos da comunidade e participam democrática e ativamente na vida da sua comunidade (Zimmerman, 1990). De acordo com Zimmerman (1995) podemos encontrar três tipos de empoderamento: Comunitário, Organizacional e Psicológico. O Empoderamento comunitário envolve todo o comportamento coletivo desenvolvido no sentido de favorecer uma maior qualidade de vida dos membros da comunidade. O Empoderamento organizacional refere-se à forma como as instituições e organizações das comunidades tendem a proporcionar aos seus membros recursos e bens de qualidade e a promover uma participação ativa de todos os elementos nas tomadas de decisão e na definição das políticas da organização. O Empoderamento psicológico é o nível de análise individual e remete para o domínio percepção de controlo da vida, para uma atitude pró-ativa na vida e uma compreensão crítica do ambiente sociopolítico.

A análise psicológica do empoderamento pode ser perspetivada em quatro componentes: intrapessoal (inclui variáveis de personalidade (locus de controlo), cognitivas (autoeficácia) e motivacionais); interacional, (integra a forma como as pessoas utilizam as suas competências para influenciar os seus ambientes e aceder aos recursos); e ainda uma componente comportamental (ação de exercer controlo na participação ativa das atividades na comunidade) (Jesus & Menezes, 2010).

O empoderamento pode também ser entendido numa perspetiva de desenvolvimento do tempo de vida (Lerner, 1997). O desenvolvimento do tempo de vida é uma orientação para o estudo de seres humanos. As pessoas são compreendidas como continuamente inovadores, inseridas num ambiente dinâmico e equipadas com potencial inerente. A mudança deriva de influências mútuas nos contextos pessoal e ambiental e as interações pessoa-ambiente, particularmente as relações humanas, são centrais para o progresso do desenvolvimento e o bem-estar (Shearer & Reed, 2004, cit. Shearer et al., 2012).

O conceito de empoderamento ao se referir aos sentimentos psicológicos de poder, controle e auto-estima pode ser relevante para o investimento de uma pessoa em educação e literacia de saúde. O empoderamento psicológico no campo da saúde leva o paciente a valorizar a autonomia surgindo o interesse e desejo de participar das decisões em saúde (Sak et al., 2017). O empoderamento do paciente é volitivo e deixando de ser um recetor passivo de informações,

cuja tarefa é a compreensão e aceitação da informação. Nesta perspectiva, o profissional de saúde reconhece o paciente como um sujeito ativo processador de informações. Surge uma conexão entre empoderamento psicológico-literacia de saúde-envolvimento na tomada de decisão em saúde.

O empoderamento psicológico, compreende um nível de análise psicológico que implica três componentes: uma componente intrapessoal, que inclui variáveis de personalidade (locus de controlo), cognitivas (autoeficácia) e motivacionais; uma componente interacional, que integra a forma como as pessoas utilizam as suas competências para influenciar os seus ambientes e aceder aos recursos; e uma componente comportamental, ou seja, à ação de exercer controlo na participação ativa das atividades das suas comunidades.

O desenvolvimento do empoderamento ao longo do ciclo de vida é uma questão de sobrevivência humana e de envelhecimento saudável, pois permite que indivíduo seja capaz de desenvolver um sentido de controlo e mestria na sua vida, aprenda a utilizar competências para influenciar os acontecimentos da sua vida, e no final, o indivíduo é capaz de se tornar empoderado mesmo nos ambientes que parecem menos favoráveis (Rappaport, 1981, cit. Jesus & Menezes, 2010, p. 529).

Os estudos sobre empoderamento de pessoas mais velhas evidenciam a sua relevância para melhorar a sua saúde (Tsubouchi et al, 2021). A pesquisa confirmou uma ligação positiva entre o envolvimento do paciente na tomada de decisões e melhorias nos resultados de saúde, e ainda que, a literacia em saúde medeia a relação entre o empoderamento psicológico e o envolvimento real na última decisão de tratamento que tinha que ser feito pelo participante idoso (Sak et al., 2017). Tem sido sugerido que uma abordagem de empoderamento pode motivar a participação de um idoso nas decisões de cuidados de saúde e o seu envolvimento pode promover resultados positivos de saúde (Shearer et al., 2010).

Resiliência psicológica

O conceito de resiliência tem a sua origem na física e refere-se à “propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica” (Ferreira, 1975, p. 1223). Para explicar este conceito costuma-se apresentar uma metáfora de um elástico que, após uma tensão inicial, volta ao mesmo estado. Transpondo este conceito para os seres humanos a resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas a superação (ou adaptação) diante de uma dificuldade considerada um risco. Enfatiza-se a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir da ação de enfrentar situações stressantes e/ou traumáticas (Fortes et al., 2009). Considerando que a resiliência como a capacidade que tem um ser humano de se recuperar psicologicamente, quando é submetido às adversidades, violências e catástrofes na vida, o estudo de Pinheiro (2004) evidencia que esta advém do sentido que é atribuído à existência humana, em concreto, da capacidade de fazer laços afetivos e profissionais e ainda

da presença de um projeto de vida. Explicar o que se entende por “ser resiliente” não é uma tarefa fácil. De acordo com Ralha-Simões (2017, 2018) uma vez que “Está ainda por esclarecer quem são essas pessoas capazes de proezas onde todas as outras parecem estar destinadas ao fracasso, a fim de podermos realmente identificar os motivos que levam alguns de nós, colocados perante circunstâncias de risco iminente, a ser negativamente afetados pela adversidade, enquanto outros não só permanecem imunes aos seus efeitos nefastos, como parecem até beneficiar de ter passado por essas experiências” (Ralha-Simões, 2018, p.135-136). Num estudo sobre a relação entre resiliência psicológica e qualidade de vida entre os pacientes chineses com diabetes verificou-se que o empoderamento realizava um papel moderador (Mei et al., 2023). De facto, os autores observaram que sob o efeito mediador do estigma, a resiliência psicológica pode melhorar a qualidade de vida e o empoderamento tem um efeito moderador na relação entre resiliência psicológica e estigma, e também tem um efeito moderador na relação entre estigma e qualidade de vida. Esses resultados facilitam a compreensão dos mecanismos de relação existentes entre resiliência psicológica e qualidade de vida.

Uma pessoa resiliente é alguém flexível, criativo, equilibrado, livre, comunicativo, tem a capacidade de resistir às situações sem perder o equilíbrio e a reagir de uma forma saudável, tem a capacidade de valorizar os aspetos positivos (Vieira, 2016). Uma pessoa resiliente apresenta uma capacidade humana que fortalece o auto-conceito e a auto-estima e permite manter uma saúde equilibrada, que lhe permite conseguir superar a anomia e a doença mental (Simões, 2018). A interface entre a velhice e a educação para a resiliência das pessoas mais velhas descobre uma área do conhecimento que possibilita implementar e consolidar capacidades intrínsecas ao sujeito que poderão contribuir para a superação de dificuldades inerentes ao ato educativo, pontuado pelo irrepitível e pelo imprevisível (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Num estudo realizado sobre a resiliência em idosos verificou-se que um número mais elevado de queixas subjetivas de memória correspondia a baixos índices de resiliência. Na aplicação da Escala de Resiliência e do Miniexame do Estado Mental concluiu-se que quanto mais altos os escores de resiliência, maiores os escores no desempenho cognitivo entre os idosos (Fortes et al., 2009). Por conseguinte, é preciso prestar atenção ao facto de que o envelhecimento estar associado a inúmeros stressores que impactam negativamente o bem-estar dos idosos. Considerando que a resiliência melhora a capacidade de lidar com stressores e pode ser até ser aumentada há muito trabalho psicológico de capacitação de idosos a realizar e intervenções diretamente na comunidade, em particular, nas comunidades habitacionais de idosos (Treichler et al., 2020). As estruturas residenciais de idosos, centros de dia e universidades seniores são ambientes promissores para desenvolver a resiliência e para oferecer intervenções psiquiátricas positivas.

MÉTODO

A investigação realizada insere-se no âmbito de um estudo descritivo e teórico, com abordagem qualitativa, que utilizou técnicas de análise conceitual e modelagem para alcançar o seu propósito. Foca-se nas competências psicológicas de adultos mais velhos relativamente à sua resiliência e empoderamento psicológico para atingir a meta da longevidade. Com o intuito de fornecer os elementos para a modelagem de um modelo de promoção do envelhecimento saudável resiliente e empoderado procurou-se responder à questão: “De que forma o empoderamento psicológico e a resiliência contribuem para um percurso de envelhecimento saudável e alcançar longevidade?”

Achámos relevante conhecer o interesse dos investigadores por esta temática e o seu estado de arte. Para o efeito foi realizada uma revisão sistemática que foi orientada pelos princípios do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Page et al., 2021). As buscas foram realizadas em abril e maio de 2023. Foram considerados os seguintes Banco de dados/Plataforma: APA PsycNET, Science Direct, PubMed, Scopus e LILACS.

Os Recursos on-line e Navegação foram do tipo de pesquisa de literatura cinzenta, anais on-line e periódicos específicos. Foram considerados limites e restrições tais como os documentos pesquisados tinham de ser em inglês e dos últimos três anos, na área da Psicologia e Gerontologia. Quanto aos filtros de pesquisa foram definidos os seguintes termos de pesquisa/descriptores: “Psychological empowerment in the elderly” (PEE) and “Resilience in the elderly” (RE). Foram excluídas revisões narrativas, sistemáticas e metanálises. Foram incluídos estudos empíricos que tivessem realizado algum tipo de pesquisa ou apresentado algum relato de experiência na área visada. Após esta fase inicial, os resumos foram lidos e os artigos que atenderam aos critérios de inclusão foram avaliados. O processo de busca, seleção e análise dos trabalhos foi realizado tendo como orientação o PRISMA e recorrendo ao Rayyan para o tratamento dos dados. Considerando a natureza da pesquisa teórica e a não incorporação de seres humanos, a submissão à Comissão de Ética foi dispensada.

RESULTADOS

A pesquisa eletrónica nos bancos de dados resultou em 636 referências. As plataformas que mais contribuíram para a investigação foi a Scopus (179 de Elderly Psychological Empowerment e 113 de Elderly Resilience), a PubMed (51 de Elderly Psychological Empowerment e 116 de Elderly Resilience) e a Science Direct (50 de Elderly Psychological Empowerment e 88 de Elderly Resilience). Seguiu-se depois a LILACS (2 de Elderly Psychological Empowerment e 29 de Elderly Resilience) e a APA PsycNET (0 de Elderly Psychological Empowerment e 8 de Elderly Resilience).

Após a exclusão dos artigos duplicados e a leitura dos títulos e resumos obtiveram-se 63 artigos (44 quantitativos, 9 qualitativos e 10 misto). Todos os textos foram lidos integralmente e excluíram-se mais 29, que não obedeciam aos critérios de inclusão, (artigos completos excluídos por não responderem à pergunta da investigação e não contemplarem o desenvolvimento do estudo relativamente aos constructos de “resiliência” e “empowerment” psicológico no envelhecimento), resultando um total de artigos elegíveis para a revisão de 35. A condução da pesquisa encontra-se descrita na Figura 1, o Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos, com base no Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) evidenciando os Resultados da Pesquisa de estudos na área da Psicologia e Gerontologia, artigos dos últimos cinco anos, em inglês, recolhidos de base de dados a partir de palavras-chave Empoderamento Psicológico no Envelhecimento (Elderly Psychological Empowerment) e Resiliência Psicológica no Envelhecimento (Elderly Resilience) (abril e maio de 2023).

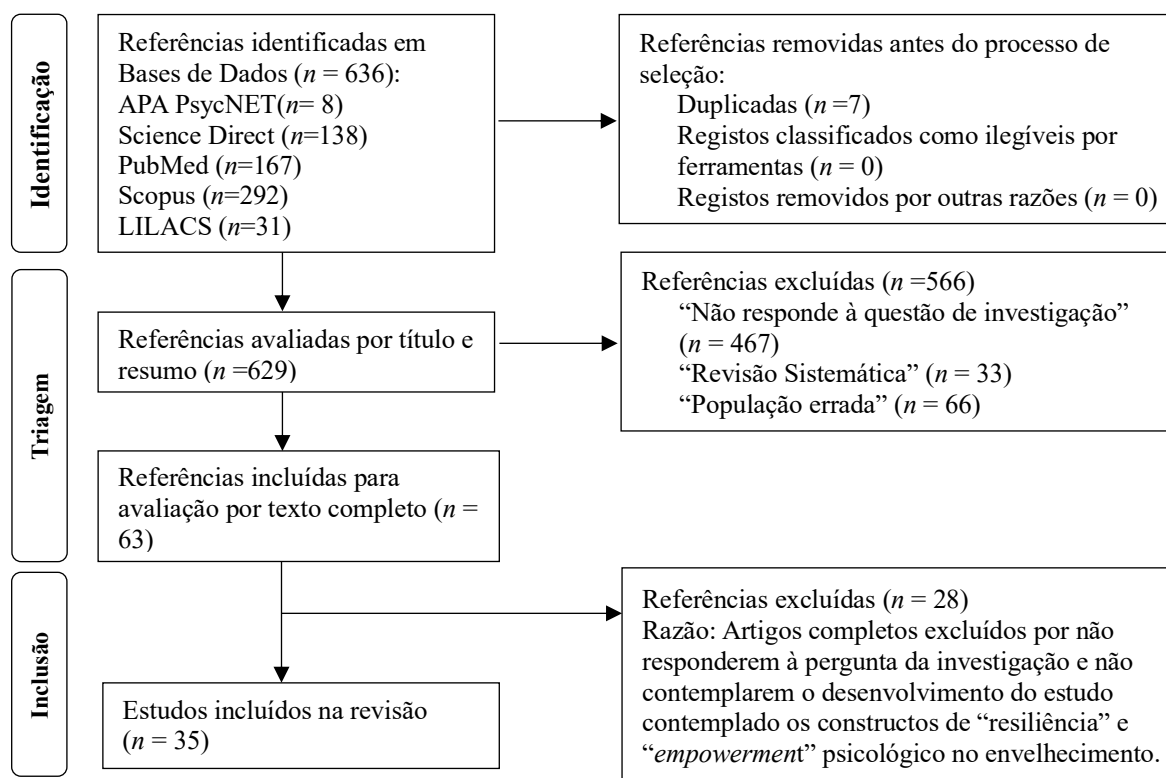


Figura 1. Diagrama de identificação, seleção e inclusão dos estudos, com base no PRISMA.

Dos estudos observados, realizados com idosos da comunidade saudáveis ou doentes, emergiram múltiplos fatores a considerar e insights importantes para levar por diante o envelhecimento saudável dos adultos a partir dos 65 anos visionado pelas dimensões da resiliência psicológica e do *empowerment* psicológico. A investigação analisada chamou a atenção para prevenir ou mitigar comportamentos de risco em saúde mental em pessoas mais

velhas. Observou-se que os estudos encontrados não tinham como investimento objetivo e especializado a investigação sobre a forma como se pensa, sente e age em relação à idade e ao envelhecimento. Tudo indica que a resiliência psicológica e o empoderamento psicológico nas pessoas idosas podem traduzir-se numa boa saúde mental, na ausência de doença, numa velhice bem-sucedida, implicar a inclusão social, a melhoria da autoestima, das relações interpessoais, entre outros aspetos relevantes e promotores da saúde em cidades e comunidades pró-envelhecimento. Os resultados evidenciaram pistas para a planificação da intervenção.

A análise dos estudos conduziu a dimensões mais especializadas a considerar para promover um envelhecimento saudável na comunidade. No que diz respeito ao valor da resiliência psicológica no envelhecimento e longevidade destacam-se os seguintes fatores: Apoio social e satisfação com a vida; Prevenção do sofrimento psíquico; Saúde e bem-estar psicológico; Domínio das tecnologias da informação e comunicação; Diferenças de género na prevenção; *Coping* na adversidade da doença; Longevidade positiva; Intervenção na saúde; Educação para a reforma; Prevenção do suicídio; e Economia. Quanto ao *empowerment* psicológico no envelhecimento e longevidade os estudos evidenciaram os seguintes fatores: Intervenções narrativas; Educação para o cuidado; Ambiente; Orientação clínica centrada na pessoa; Instrumentos de avaliação; Educação para a saúde na comunidade; Tecnologias de informação e comunicação; Aprendizagem; Responsabilização/ação dos decisores; e Economia.

A partir deste referencial teórico podemos desenhar a construção de um Modelo de Promoção do Envelhecimento Saudável Resiliente e Empoderado para uma Longevidade Positiva na Comunidade. Este modelo deve contemplar um investimento empreendedor ao nível do envelhecimento saudável, resiliente e empoderado para efetivar uma longevidade saudável. Para o efeito, é preciso considerar três áreas de ação/intervenção: 1) Desenvolver as quatro áreas de ação da década de envelhecimento saudável 2020/30 (Pensar, Capacitar, Serviços e Aceder a cuidados); 2) Investir na Resiliência Psicológica no Envelhecimento; e 3) Empoderar psicologicamente as pessoas mais velhas.

DISCUSSÃO

A maneira como pensamos a idade, o envelhecimento e a longevidade, seja a nível individual ou social, está na base dos comportamentos e das ações para viabilizar o desenvolvimento do envelhecimento saudável (healthy ageing) e alcançar longevidade com qualidade de vida. Estamos focados nas orientações da Organização Mundial de Saúde, no âmbito da sua estratégia global sobre o envelhecimento para 2015 – 2030 (WHO, 2015) e temos como base de entendimento a sua definição do Envelhecimento Saudável definido no seu Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice”.

Na década de 2020-2030 (OMS, 2022), o fenómeno do envelhecimento e da longevidade são alvo de várias focagens e intervenções. O plano de ação da Estratégia Global sobre envelhecimento e saúde da OMS, que foi construído com base no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas de Madrid e alinhado com o cronograma da Agenda 2030 das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, considera investir em quatro áreas durante esta década: 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; 2) garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; 3) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e 4) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem. Nesta dinâmica toda a sociedade está ou será envolvida para concretizar estes objetivos de envelhecimento e saúde. Ao nível da comunidade científica também é preciso mudar a forma como pensamos e investigamos o envelhecimento e a longevidade. Os estudos devem focar-se no cerne da questão, no que realmente é importante e urgente estudar na área do envelhecimento e longevidade de modo a identificar dimensões, construir modelos e sugerir estratégias para uma longevidade saudável e com bem-estar.

Diante do registo do número de estudos levantado para cada termo/palavra-chave podemos inferir a relevância dada pelos investigadores às respetivas problemáticas e a abrangência e especificidade dos resultados levantados em cada base de dados. Podemos dizer que os estudos encontrados estão de acordo com os modelos multidimensionais de envelhecimento bem-sucedido que levam em consideração os fatores físicos e psicológicos (Silva-Sauer, 2021). Verificamos também que é preciso investigar mais sobre resiliência psicológica e empoderamento psicológico no envelhecimento, pelo que os investigadores deveriam estar mais atentos a este contributo científico que tem implicações interventivas. Por conseguinte, uma limitação identificada neste estudo é relativa ao diminuto número de estudos sobre a problemática proposta nas bases de dados utilizadas. Sugere-se a realização de uma nova pesquisa, mais alargada em outras bases de dados científicas. A partir da análise das referências registadas podemos adiantar a importância de continuar a pesquisar no domínio do envelhecimento e longevidade concebidos numa perspetiva individual, comunitária e de abordagem multidisciplinar. Inferimos que é relevante um maior investimento na gerontologia e da psicologia da saúde.

REFERÊNCIAS

Andor, L., Bresso, M., & Sedmak, M. (2011). *How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors*. Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission. European Union, Committee of the Regions.

- Ben-Haim, M., Kanfi, Y., Mitchell, S., Maoz, N., Vaughan, K., Amariglio, N., Lerrer, B., Cabo, R., Rechavi, G., & Cohen, Y. (2018). Breaking the ceiling of human maximal life span, *The Journals of Gerontology*, 73(11), 1465–1471. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx219>
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Faria, M.C. (1994). O Longevo – perspectiva gerontológica e tanatológica. *Ler Educação*, 13, 49-64.
- Faria, M. C. (2018). Florescimento, Bem-Estar e Envelhecimento Saudável. In I. Leal, S. Humboldt, C. Ramos, A. Valente & J. Ribeiro (Eds.). *Livro de Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp. 545- 551). ISPA – Instituto Universitário de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.12/6113>.
- Faria, M. C. (2021). Esperança de vida e Educação ao Longo da Vida no Alentejo. In C. Cavaco, F. Costa, J. Marques, J. Viana, R. Marreiros, & A. Faria (Org.). *Educação e idades da vida problemáticas de investigação e desafios na sociedade contemporânea, Atas do XXVIII Colóquio da AFIRSE Portugal* (pp.234-241). AFIRSE Portugal e Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, A. (1975). *Novo dicionário da língua portuguesa*. Nova Fronteira.
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2), 124-131.
- Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place. Envelhecer em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian/ Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.
- Fortes, T., Portuguese, M., & Argimon, I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26(4), 455-463.
- Grove, H. (2021). Ageing as well as you can in place: Applying a geographical lens to the capability approach. *Social Science & Medicine*, 288, 113525. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113525>
- INE (2022). *Tábuas de mortalidade – NUTS II, Esperanças de vida – NUTS III 2019-2021*. 26 de setembro, Instituto Nacional de Estatística. Portal – www.ine.pt
- INE (2023). *Tábuas de mortalidade para Portugal 2020-2022*. 31 de maio, Instituto Nacional de Estatística. Portal – www.ine.pt
- Jesus, M. & Menezes, I. (2010). A experiência de sem-abrigo como pro-motora de empoderamento psicológico. *Análise Psicológica*, 3(XXVIII): 527-535
- Kontis, V., Bennett, J., Mathers, C., Li, G., Foreman, K., & Ezzati, M. (2017). Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 389(10076), 1323-1335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32381-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32381-9).

- Lerner R. (1997). *Concepts and theories of human development* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.
- Mei, Y., Yang, X., Gui, J., Li, Y., Zhang, X., Wang, Y., Chen, W., Chen, M., Liu, C., Zhang, L. (2023). The relationship between psychological resilience and quality of life among the Chinese diabetes patients: the mediating role of stigma and the moderating role of empowerment. *BMC Public Health*, 23(1), 2043. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16927-7>.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (Eds.). (2022). *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. <https://doi.org/10.37774/9789275726587>.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>
- Ralha-Simões, H. (2017). *Resiliência e Desenvolvimento Pessoal: novas ideias para compreender a adversidade*. Papa-Letras.
- Ralha-Simões, H. (2018). A resiliência nas encruzilhadas do futuro: um conceito interdisciplinar ainda à procura de um rumo. In H. Ralha-Simões (Coord.). *Resiliência: novos olhares face aos desafios do nosso tempo* (pp.131-143). Edições exLibris,
- Ribeirinho, C. (2021). Prefácio. In M. C. Faria, J. Ramalho, A. Nunes, & A. Fernandes (Coords.), *Desafios e Oportunidades do Envelhecimento* (pp. 33-36). Lisbon International Press - Grupo Editorial Atlântico.
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas* 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>.
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC Geriatrics*, 17, 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0448-x>.
- Scharlach, A. (2012). *Creating Aging friendly communities in the United States*. Springer Ageing Int.
- Simões, C. (2018). Resiliência, Identidade e Pessoaalidade, Triangular conceitos num quadro de coerência epistemológica, In H. Ralha-Simões (Coord.). *Resiliência: novos olhares face aos desafios do nosso tempo* (pp.15-29). Edições exLibris.
- Shearer, N. B. C., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A-M. (2012). Empowerment interventions for older adults. *Western Journal of Nursing Research*, 34(1), 24-51. <https://doi.org/10.1177/0193945910377887>.
- Silva-Sauer, L., Basso Garcia, R., Pereira da Silva, T. M., Barbosa de Melo, C., & Fernández-Calvo, B. (2021). Relação entre resiliência psicológica, estresse percebido, depressão e saúde física em idosos da comunidade. *Psicologia e Neurociência*, 14(2), 132–144. <https://doi.org/10.1037/pne0000254>.

- Sousa, F., & Rodríguez-Miranda, F. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. *Educação & Realidade*, 40(1), 33-51.
- Strandberg, T. E., Pitkälä, K. H., & Tilvis, R. S. (2011). Frailty in older people. *European Geriatric Medicine*, 2, 344-355. World Health Organization.
- Treichler, E., Glorioso, D., Lee, E., Wu, T., Tu, X., Daly, R., O'Brien, C., Smith, J. & Jeste, D. (2020). A pragmatic trial of a group intervention in senior housing communities to increase resilience. *International Psychogeriatrics Journal*, 32(2), 173 – 182. <https://doi.org/10.1017/S1041610219002096>.
- Tsubouchi, Y., Yorozuya, K., Tainosyo, A., & Naito, Y. (2021). A conceptual analysis of older adults' empowerment in contemporary Japanese culture. *BMC geriatrics*, 21(1), 672. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02631-x>
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*. World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO) (2015). *World Report on Ageing and Health*. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en>.
- Vieira, M. L. (2016). *Resiliência e funcionalidade em idosos institucionalizados: estudo comparativo entre idosos participantes em sessões de psicomotricidade e não participantes*. [Dissertação de Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo]. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais e Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Leiria.
- Zimmerman, M. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18(1), 169-177.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 581-599.

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR ACIDENTE LABORAL: QUESTÕES DE SAÚDE NO RETORNO AO TRABALHO

Joelma Cristina Santos¹ (joelma.santtos@gmail.com), & Maria Nivalda de Carvalho-Freitas¹

¹Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil.

Além de constituir um dos principais meios de acesso à renda e um direito fundamental legalmente assegurado, o trabalho exerce importante contribuição para a configuração da subjetividade e da identidade das pessoas. Nesse contexto, um acidente de trabalho pode afetar as relações estabelecidas entre trabalhadores e organizações/atividades laborais, tanto nos seus efeitos objetivos quanto subjetivos. No Brasil, a Lei n.º 8.213/1991 define acidentes de trabalho como os que ocorrem pelo exercício de atividade laboral e provocam lesões corporais ou perturbações funcionais que podem levar à morte, à perda ou à redução (temporária ou permanente) da capacidade para o trabalho. A mesma Lei considera que as organizações de trabalho têm o dever de assegurar ambientes seguros e protegidos contra fatores que possam ocasionar acidentes laborais.

Ainda assim e considerando somente dados oficiais recentes, referentes a trabalhadores que contribuem para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), são registados, em média, mais de meio milhão de acidentes de trabalho, por ano, no Brasil (Ministério do Trabalho e Previdência, 2023b). Entre 2019 e 2021, mais de 200 mil pessoas, que se acidentaram, precisaram ficar afastadas do trabalho por mais de 15 dias, e cerca de 28 mil foram consideradas permanentemente incapacitadas para o trabalho (Ministério do Trabalho e Previdência, 2023a). Apesar de ocorrerem em número elevado, não se conhece, exatamente, as consequências dos acidentes laborais, visto que as informações oficiais disponibilizadas são gerais e não especificam a gravidade das lesões, prejudicando a gestão de políticas públicas e as estratégias de prevenção e de reabilitação (Santana et al., 2009).

A análise de prontuários e cadastros do INSS indica que grande parte dos segurados que se acidentam no trabalho consegue se inserir novamente no mercado (Farias & Lucca, 2013; Santos & Lopes, 2021; Vacaro & Pedroso, 2011). Entretanto, nem sempre é possível especificar quando se trata do retorno de pessoas com deficiências ou sequelas permanentes adquiridas devido a acidentes laborais, tendo em vista a ausência de levantamentos epidemiológicos e de debates acadêmicos que caracterizem a relação entre trabalho e aquisição de deficiências (Garbin, 2016; Silveira & Merlo, 2014). Os acidentes laborais consistem no principal dano à saúde dos trabalhadores e geram custos financeiros para a saúde pública, para o sistema de previdência e para as organizações, tendo um impacto incalculável sobre indivíduos, famílias e

toda a sociedade (Cavalcante et al., 2015). Além das consequências sobre a saúde física, a ocorrência de acidentes laborais está relacionada a desequilíbrios emocionais, irritabilidade, hostilidade, episódios depressivos, transtornos cognitivos, transtornos do sono, alcoolismo crônico, entre outros prejuízos à saúde mental do trabalhador (Cavalcante et al., 2015; Cardoso et al., 2020; Schaefer et al., 2012).

Em pesquisa com trabalhadores acidentados, foi identificado que as sequelas físicas adquiridas devido a acidentes de trabalho podiam estar relacionadas à emergência de sintomas depressivos, gerando incerteza sobre o retorno ao antigo emprego e à recetividade dos colegas de trabalho (Garbin, 2012). O preconceito é um dos principais obstáculos para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho e se manifesta na manutenção de diferentes barreiras (arquitetônicas, comunicacionais, metodológicas etc.) que as impedem de apresentar bom desempenho laboral (Neves-Silva et al., 2015). Nos casos de aquisição de deficiências por acidentes de trabalho, observa-se que a pessoa pode vivenciar uma dupla discriminação: pela condição do acidente (já que, muitas vezes, ela é culpabilizada pelo ocorrido) e pela deficiência gerada, impactando a saúde mental e a qualidade de vida do trabalhador (Garbin, 2016).

Acidentes laborais podem levar os trabalhadores a repensarem as suas condições de vida e de trabalho, podendo a exclusão do contexto laboral, mesmo que temporária, gerar traumas e transformar a percepção que eles tinham sobre as próprias experiências construídas pela atividade profissional (Garbin, 2012). Além disso, o afastamento do trabalho em razão de acidentes ou adoecimentos laborais pode expor o trabalhador a constrangimentos, mobilizar ansiedades e inseguranças, bem como gerar sofrimento devido a novas condições de trabalho ou a uma possível alocação em função diferente e/ou com menor prestígio social (Canal & Cruz, 2013; Izaias et al., 2020; Simonelli et al., 2010; Vargas et al., 2017). Destaca-se que a Lei n.º 8.213/1991 estabelece a manutenção do contrato de trabalho da vítima de acidente laboral por, pelo menos, 12 meses após o seu retorno às atividades, o que, a princípio, deveria garantir a elaboração de estratégias de inclusão por parte das empresas.

Embora a implantação de medidas deste tipo envolva, frequentemente, diversos setores, profissionais de RH costumam ser alguns dos principais atores envolvidos nestes processos, justificando a necessidade de ouvi-los a esse respeito. Diante da necessidade de se aprofundar as discussões acerca do retorno laboral de trabalhadores afastados e considerando as intersecções deste tema com questões psicológicas, sociais e relativas à saúde física e mental, bem como a políticas de suporte e apoio organizacional (Cabral et al., 2010; Pettoruti & Faiman, 2018; Uhlmann et al., 2019), esta pesquisa investigou a perspectiva de profissionais de Recursos Humanos acerca das práticas voltadas à reinserção de pessoas com deficiências ou outras sequelas adquiridas devido a acidentes laborais. Uma melhor compreensão destes aspetos amplia a literatura científica na área e contribui para ações mais efetivas de saúde ocupacional e de inclusão da diversidade funcional no trabalho, a qual tem se mostrado um processo desafiador tanto para as organizações quanto para as próprias pessoas com deficiência.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa teve a participação de 21 profissionais de Recursos Humanos (RH), sendo 15 mulheres e seis homens, residentes em 12 cidades do estado de Minas Gerais, no Brasil. A maioria tinha graduação em Psicologia ou Administração de Empresas e somava mais de 12 anos de experiência, com vivências, principalmente, na área industrial.

Procedimento

Os participantes foram acessados via contactos com empresas de médio/grande porte e maior grau de risco de acidentes laborais e pela divulgação da pesquisa em grupo com profissionais de RH no aplicativo *WhatsApp*, além de indicações e contactos pela rede social *LinkedIn*. Numa perspectiva qualitativa, foram realizadas entrevistas abertas por meio de programas de comunicação por vídeo. Para delimitação do número de participantes, foi considerada a proposição de Minayo (2017), que pontua que o fechamento da amostra deve conseguir refletir as várias dimensões do fenómeno estudado, em quantidade (volume) e qualidade (riqueza) do material em estudo, conforme os recursos disponíveis.

Como disparador das entrevistas, foi pedido que os participantes falassem sobre suas experiências com situações de acidentes graves de trabalho (na organização em que trabalhavam ou em práticas profissionais anteriores) e os procedimentos adotados nos processos de reabilitação e de reinserção dos trabalhadores com deficiência adquirida. Todas as entrevistas foram gravadas, para possibilitar transcrição e análise.

Foi utilizado o método de análise de conteúdo, o qual consiste num conjunto de técnicas analíticas que, conforme Bardin (1977), buscam obter, de forma sistemática e objetiva, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos à produção/receção do conteúdo de mensagens. O material foi categorizado pelos principais temas abordados, considerados, segundo Bardin (1977), como unidades de significação, que obedecem a critérios referentes à teoria orientadora da leitura, sendo a presença ou frequência de aparição de um tema um possível indicativo da sua relevância para o objetivo da análise. A presença ou ausência de temas foi o critério adotado, considerando a abordagem qualitativa da pesquisa.

Considerações éticas

O estudo aqui apresentado faz parte de uma pesquisa de doutorado mais ampla que compõe um programa aprovado pelo Comité de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da

universidade a que as pesquisadoras estão vinculadas. Todos os entrevistados receberam explicações sobre os objetivos do estudo e concordaram com a participação, confirmada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma e para preservar a identidade dos participantes, eles serão identificados, a seguir, pelas letras RH e por numerais de 1 a 21, conforme a ordem em que foram entrevistados.

RESULTADOS

Com base na análise das entrevistas, são apresentadas, a seguir, duas categorias temáticas emergentes: (1) ações de acompanhamento de trabalhadores que sofreram acidentes laborais graves, e (2) práticas de treino no trabalho de pessoas com deficiência adquirida por acidente laboral.

Ações de acompanhamento de trabalhadores que sofreram acidentes laborais graves

Na prática dos profissionais entrevistados, foi identificado que, para serem bem-sucedidas, as ações de acompanhamento demandam um planejamento orientado por informações prévias acerca do processo de reabilitação do trabalhador. Assim, o processo de reabilitação/afastamento deve estar vinculado ao processo de reinserção do trabalhador (Simonelli et al., 2010), como pode ser exemplificado pelo relato de RH15:

O médico, ele consegue avaliar a partir do desenvolvimento dele [trabalhador acidentado] ou não, daqui quanto tempo, provavelmente, ele consiga retornar, se ele vai conseguir ou não desempenhar as mesmas funções dele e, através desse acompanhamento, o médico do trabalho, junto com o perito do INSS ou o médico do INSS, o médico que acompanha ele, essas pessoas têm informações pra subsidiar a empresa a preparar o retorno desse funcionário, a não, simplesmente, esperar que o afastamento dele “oh, terminou, tá voltando amanhã”.

Do ponto de vista organizacional, um acompanhamento mais próximo ao trabalhador acidentado facilita a tomada de decisão acerca das ações mais apropriadas para a garantia da reabilitação, bem como para a sua reinserção no ambiente de trabalho. É preciso considerar ainda que a pessoa que retorna, muitas vezes anos após ter sofrido o acidente, pode apresentar um perfil profissional diferente da época em que foi contratada, considerando, além da deficiência, as experiências e aprendizados ocorridos durante o período de reabilitação. Esse processo de avaliação parece ser favorecido pela interação entre áreas distintas que se complementam, como exemplificado a seguir:

É interessante ter áreas aí, seja, jurídico, segurança, própria diretoria, um gestor próximo, né, talvez um gestor administrativo geral, pra que possa discutir o assunto e propor as ações. Porque, além, tá, tudo bem, foi criado o cargo, a gente já sabe o que a pessoa precisa fazer, mas como que vai ser essa, essa recepção mesmo, porque, assim, é uma mudança muito grande pra pessoa também. Como que a empresa vai apoiar em relação à adaptação dela, porque é uma... vamos dizer assim, ao mesmo tempo, ela também tá perdendo, por exemplo, ele enquanto motorista, tava deixando de ser motorista de carreta, que é o que ele aprendeu a fazer a vida toda (RH18).

Entre os entrevistados, ações estruturadas de retorno ao trabalho não foram frequentes e, por isso, destaca-se no relato acima de RH18, cuja empresa tem, num comitê de inclusão, um eixo para a sistematização das ações de inserção de pessoas com deficiência. Comitês corporativos que integram diferentes áreas constituem atores importantes para as organizações conseguirem fomentar ações consistentes de inclusão por meio da definição de diretrizes únicas, do direcionamento de questões específicas a cada campo e da confrontação de resistências que eventualmente ocorram (Assis, 2012). Nesse sentido, a implementação de programas de acompanhamento do retorno laboral constitui-se uma estratégia relevante diante das dificuldades que os trabalhadores podem apresentar na execução das atividades designadas (Izaias et al., 2020). Com esse mesmo objetivo, o acompanhamento de questões médicas pode continuar após o retorno ao trabalho, como o caso relatado por RH1:

Ele teve que fazer fisioterapia, teve que fazer uma série de intervenções, e quando ele voltou ao trabalho, o supervisor, primeiramente, foi colocando-o em atividades que não exigiam tanto esforço e foi acompanhando a evolução dele, e o médico do trabalho também, né? [...] Então, avisava: “olha, ele tá fazendo tais atividades, essa eu ainda percebo que ele tá com um pouco de dificuldade”, o médico ia orientando ele junto com o supervisor. Então, somente depois que o médico, realmente, avaliou que a perna dele estava 100%, que ele já conseguia realizar as atividades dele normais, é que ele voltou efetivamente para a função que ele desempenhava antes.

Políticas e procedimentos de gestão da diversidade, principalmente das questões relacionadas à deficiência, cultura organizacional voltada para as pessoas e adesão da alta administração às práticas de saúde e segurança no trabalho são fatores fundamentados em evidências científicas como importantes para o retorno laboral de pessoas com deficiência (Loisel et al., 2005). Dessa forma, ações de reinserção, quando estão mais articuladas à cultura organizacional, demonstram um alinhamento maior entre o suporte ofertado ao trabalhador que se acidentou e o objetivo de favorecer a sua permanência na empresa, mesmo após o término do período de estabilidade no emprego, como a fala de RH20 exemplifica:

Não é justo a gente falar assim: “ah, você voltou, agora vou te mandar embora”, não, se acidentou aqui, por isso que a gente tem essa política toda de acompanhamento e dá todo suporte possível, inclusive no retorno, né? Então assim, não faria sentido, “ah, dou todo suporte, a hora que você volta, eu te mando embora”. Não é assim, a gente tem que

adaptar aqui internamente pra receber essa pessoa. [...] A gente é uma empresa bastante humanizada, eu acredito nisso e é valor pra gente.

O acompanhamento desse novo processo de socialização de pessoas com deficiência possibilita o diálogo entre organização e trabalhador, minimizando receios comuns nesse processo (Carvalho-Freitas & Santos, 2023). Na experiência da maioria dos profissionais entrevistados, esse acompanhamento sistematizado era focado, principalmente, no impacto de questões referentes à reabilitação sobre o desempenho no trabalho, ainda que ocorresse, paralela e informalmente, um acompanhamento no âmbito social. A ausência de apoio psicológico no momento em que trabalhadores estão retornando após acidentes laborais é uma queixa comum, visto que apenas questões físicas tendem a ser consideradas em detrimento dos possíveis sentimentos de perda ocasionados pela nova alocação funcional (Izaias et al., 2020). Entretanto, alguns entrevistados neste estudo reconheceram a importância de que a atenção a aspectos relacionais também fosse efetuada com planejamento:

Eu acho que tem que fazer uma parte de um acolhimento social [...]. No momento do retorno, saber aonde alocar esse profissional, ter uma equipa de saúde e segurança que esteja preparada também pra recebê-lo, pra apoiá-lo no treino, uma equipa de ergonomia... E uma liderança preparada, sensibilizada para acolher os desafios que vão vir nesse processo, porque não é um processo simples, os gestores, na maioria das vezes, eles não estão preparados pra isso. Então, eles precisam desse suporte. Aí, eu acho que eu tenho que ter um RH que vai dar esse suporte pra liderança, que vai tá ali do lado pra dizer, olha, como que ele deve agir em cada situação, o quê que pode acontecer, o quê que não é do processo e que a gente precisa tomar algumas decisões (RH6).

A inabilidade de gestores para lidar com o processo de reabilitação constitui um obstáculo para a reinserção, pois as dificuldades em incluir trabalhadores com restrições e que não conseguem realizar todas as tarefas, pode causar conflitos na equipa e gerar transtornos para a distribuição das demandas (Schveitzer, 2014; Vieira, 2010). Assim, o despreparo de gestores e profissionais de Recursos Humanos para lidar com trabalhadores que retornam após acidentes laborais reforça a necessidade de que sejam ofertados treinos que possibilitem que os gestores tomem melhores decisões nestas situações (Izaias et al., 2020; Santos & Oliveira, 2018).

Práticas de treino no trabalho de pessoas com deficiência adquirida por acidente laboral

Na experiência dos entrevistados, as práticas de treino, quando envolvem colegas e gestores, podem ocorrer ainda enquanto o trabalhador acidentado está afastado das atividades laborais ou, quando o envolvem diretamente, ocorrem após o retorno. Os treinos para trabalhadores e o preparo dos gestores que irão recebê-los, ao compor as estratégias de reinserção, contribuem para o processo, mas ressalta-se que, de modo geral, as relações humanas no retorno laboral nem sempre estavam em primeiro plano para os entrevistados, pois questões de ordem médica ou financeira eram priorizadas. Assim, as ações eram prioritariamente técnicas, ou seja, os

treinos abarcavam, principalmente, os procedimentos para o exercício da função em casos de alocação em novo cargo e, nas situações de retorno para o mesmo cargo, englobavam procedimentos de segurança no trabalho, como exemplificado na fala a seguir:

Quando ele volta para o posto de trabalho tem os treinos novamente, né, que são referentes ao que aconteceu ali para que houvesse aquele acidente, então, tem todas essas ações, um acompanhamento inicial pra ver se ele realmente está pronto para retornar às atividades da forma como antes (RH1).

A vivência de relações pautadas no preconceito tem impacto sobre a saúde mental de pessoas com deficiência e, por isso, a promoção da inclusão no trabalho envolve, além de contextos adaptados, o fortalecimento de ambientes sociais que valorizem a diversidade (Carvalho-Freitas & Santos, 2023). Realizar a inclusão de pessoas com deficiência adquirida no trabalho demanda, portanto, adequações estruturais, mas também o desenvolvimento das pessoas que já atuam nas organizações, visando a retirar o estigma socialmente atribuído à deficiência. Nesta pesquisa, a sensibilização de gestores e colegas foi pouco abordada, mas, quando mencionada, demonstrou ter papel decisivo no processo de reinserção, pelo seu caráter educativo que auxilia as pessoas à desconstrução de estereótipos negativos, favorecendo a criação de valores de inclusão. O relato de RH4, a seguir, reflete essa perspectiva:

Tem que ter uma acolhida e, principalmente, um acompanhamento mais próximo, treinos. [...] Se a pessoa volta para o seu grupo que já existia, eu acredito que seja até mais fácil porque a tendência, desde que seja um grupo harmonioso, é receber bem, né? Agora quando é inserida num outro grupo, aí é bom acompanhar mais de perto porque eu acredito que, às vezes, a pessoa pode ser vista como um intruso, um “defeituoso” que tá voltando.

Embora programas de sensibilização acerca da deficiência não sejam muito comuns nas organizações (Neves-Silva et al., 2015), compreende-se que eles ampliam as possibilidades de inclusão, ao buscar a integração delas às rotinas formais e informais, a igualdade de condições em relação aos outros trabalhadores e a não discriminação devido à deficiência. Uma gestão da diversidade eficiente atua sobre a valorização da diferença, o que demanda trabalhar com suposições, decisões e julgamentos que afetam o comportamento das pessoas, além de envolver regras e valores culturais que podem não estar formalizados na organização (Maccali et al., 2015). A sensibilização acerca da capacidade das pessoas com deficiência contribui para desconstruir preconceitos e estigmas, favorecendo uma percepção positiva do desempenho das pessoas com deficiência e influenciando a concepção de deficiência compartilhada pelas pessoas que integram a organização (Carvalho-Freitas & Marques, 2010; Simonelli & Camarotto, 2011). Além disso, para outras pessoas inseridas no mesmo contexto, medidas bem-sucedidas de reinserção laboral podem repercutir positivamente sobre a equipa na qual o trabalhador foi reinserido e sobre a organização de modo geral, como RH6 assinala:

Pensando que o trabalhador se acidentou na empresa, se afastou, retorna, faz o processo de reabilitação interno e tem um ganho muito grande tanto de reconhecimento desse

trabalhador, pelo valor que o trabalho tinha, pelo valor que ele tinha pra empresa, por ele não ter sido descartado como a maioria das empresas acaba fazendo. Então, e a empresa diz disso de uma forma muito positiva com impacto muito positivo para os outros colaboradores, de entender que a empresa investe no profissional, né, que independente do que acontecer, a empresa vai tá do lado desse trabalhador e vai apoiá-lo, e vai fazer com que seja possível o seu retorno ao trabalho.

Quando a reabilitação profissional é bem conduzida por equipa de múltiplos profissionais, o processo é considerado gratificante para trabalhador reabilitado, empresa e demais funcionários, pois além da questão física, o trabalhador tem a autoestima recuperada pelo apoio recebido e pela certeza de um posto de trabalho compatível com as suas condições (Ziliotto & Berti, 2013). Ao compreender o próprio papel na produção de deficiências e na promoção de saúde física e mental, as organizações passam a considerar o trabalhador integralmente, nos seus aspetos físicos, psicológicos e sociais. Para isso, além de adaptar estruturas arquitetónicas e materiais, quando necessário, são também criados espaços para relações não discriminatórias e acolhedoras à diversidade funcional.

DISCUSSÃO

Para os profissionais entrevistados, o processo de retorno laboral após acidentes de trabalho tende a ocorrer aliado a acompanhamento médico e de diferentes setores organizacionais, além de treinos de integração, de procedimentos de segurança e de atividades do cargo, nos casos em que o trabalhador é alocado em novo posto. Em contraste, não foi comum o desenvolvimento de treinos e ações de sensibilização de gestores e colegas, visando ao acolhimento da pessoa que retornava, embora essa seja uma recomendação na literatura da área. Tais observações denotam que nos casos de acidentes graves que acarretam deficiências, as condições físicas dos trabalhadores são, frequentemente, as únicas questões consideradas. Entretanto, cabe destacar que aspetos subjetivos e relações sociais no contexto de trabalho, intrinsecamente vinculados à saúde mental, não podem ser negligenciados, como ocorreu, de modo geral, nas práticas organizacionais investigadas.

Além disso e de maneira similar ao processo de socialização de pessoas com deficiência que estão a iniciar as suas atividades numa empresa, a reinserção de trabalhadores que se acidentaram pode se beneficiar de políticas de diversidade institucionalizadas em normas e procedimentos. Vale ressaltar que a reinserção de reabilitados apresenta uma dificuldade maior quando comparada com o início das atividades de trabalhadores novatos, já que o reabilitado carrega os reflexos negativos da situação que determinou o seu afastamento e impactou as suas condições de trabalho (Simonelli et al., 2010). Destaca-se ainda que conhecimento da cultura organizacional ou vínculos do trabalhador com gestores e colegas podem facilitar a reinserção, mas outros fatores podem afetá-la negativamente, como pouco tempo de empresa antes do

acidente, afastamento prolongado para reabilitação ou mesmo mudança de cargo na empresa. Por isso, o processo de reinserção precisa considerar maneiras de reduzir o descolamento entre as expectativas do trabalhador e a nova realidade do ambiente laboral, visto que quanto maior o tempo de afastamento, maior tende a ser esse descolamento (Simonelli et al., 2010).

Entre as principais contribuições desta pesquisa, destaca-se à ênfase dada ao estabelecimento de relações sociais não discriminatórias como fator essencial para a promoção da inclusão de pessoas com deficiência e para a saúde mental desses trabalhadores. Tais ações incluem a sensibilização de chefias e colegas, a exposição formal a acompanhamentos, tutorias ou treinamentos, a explicitação das expectativas quanto às atividades desenvolvidas e a negociação de condições laborais que não coloquem pessoas com deficiência em desvantagem em relação aos demais trabalhadores (Carvalho-Freitas & Santos, 2023).

Outra contribuição relevante desta pesquisa se refere à abertura dada à perspectiva de profissionais de RH sobre esse tema, considerando que é mais comum a abordagem do ponto de vista das pessoas que se acidentaram (o que também é de extrema relevância). Ao discutir as práticas organizacionais, é possível identificar ações bem sucedidas que podem ser replicadas em outras instituições, bem como indicar ações que podem ser aperfeiçoadas com base em produções científicas. Entre as práticas recomendadas e observadas neste estudo, encontra-se o acompanhamento da reabilitação do trabalhador pela organização e a presença de uma referência para coordenar o processo, por contribuir para diminuir a duração e os custos do afastamento, além de facilitar a identificação de barreiras e a mediação de soluções pelas partes interessadas (Ammendolia et al., 2009; Franche et al., 2005). A participação de todos os atores (pessoas em reabilitação, servidores do INSS, empresas, sindicatos) envolvidos nas decisões sobre o retorno laboral também constitui fator importante para a reinserção (Tessarro et al., 2022). Embora benéfico, esse planejamento nem sempre ocorre, como pesquisa de Pereira et al. (2018), em Portugal, identificou, ao observar que gestores não costumavam ser informados sobre o retorno de acidentados, acarretando a distribuição de tarefas conforme as necessidades momentâneas, nem sempre compatíveis com as restrições médicas dos trabalhadores. Situações similares foram percebidas neste estudo, tendo sido destacado o caso positivo de uma organização que tinha um comitê corporativo para auxiliar nas ações de reinserção.

Esta pesquisa aponta a necessidade de que as ações de RH possibilitem a trabalhadores com deficiência adquirida a oportunidade de se reconhecerem capazes e em condições de desempenhar bem as suas atividades, não apenas devido a sua completa reabilitação física, mas também considerando a sua saúde mental e a qualidade das suas relações interpessoais. A realização de eventuais adequações das condições de trabalho é imprescindível para assegurar o bom desempenho do trabalhador, mas é preciso também considerá-lo como um ser humano integral, com necessidades para além do corpo físico. Numa sociedade preconceituosa, assegurar esse acolhimento à deficiência e à diversidade funcional pode, à primeira vista, parecer uma tarefa difícil, visto que as empresas reproduzem características (preconceituosas e não preconceituosas) do meio em que elas estão inseridas. Entretanto, é urgente de ser feito,

haja vista os diversos obstáculos, existentes no cotidiano de pessoas com deficiência, para que elas tenham direito ao trabalho.

Ressalta-se ainda, que, no contexto brasileiro, a maioria da população depende dos serviços públicos de saúde, que podem não conseguir atender parte das demandas com a agilidade necessária. Assim, uma assistência organizacional adequada ameniza a situação de vulnerabilidade na qual os trabalhadores se encontram logo após os acidentes laborais. Além do necessário suporte à reabilitação física, é necessário que o suporte psicológico também seja ofertado pelas empresas, seja como atribuição informal de gestores, seja como encaminhamento para profissionais especializados (quando indicado), conforme a demanda do trabalhador e considerando que o acesso pelo sistema público de saúde pode não ser viabilizado no tempo conveniente. Espera-se, com esta pesquisa, dar visibilidade para algumas das consequências dos acidentes laborais e, principalmente, favorecer a mobilização das empresas para se tornarem mais acessíveis e mais atentas à saúde dos seus trabalhadores, numa perspectiva ampla e integral.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio no financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Ammendolia, C., Cassidy, D., Steenstra, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S., Howard, H., Bhupinder, B., & Côté, P. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: An intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(65), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-10-65>
- Assis, A. M. (2012). *A socialização de pessoas com deficiência: um estudo de caso numa organização de grande porte*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de São João del-Rei.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cabral, L. H. A., Sampaio, R. F., Figueiredo, I. M., & Mancini, M. C. (2010). Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: Uma abordagem quali-quantitativa. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(2), 149-157. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552010005000004>

- Canal, P., & Cruz, R. M. (2013). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: Revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 593-601. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400012>
- Cardoso, J., Areosa, J., & Neto, H. V. (2020). Impacte do acidente de trabalho grave na vida do trabalhador. *Cesqua: Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 1(3), 1-17. <https://www.cesqua.org/index.php/cesqua/article/view/45/30>
- Carvalho-Freitas, M. N., & Marques, A. L. (2010). Inserção de pessoas com deficiência em organizações brasileiras: Um estudo com empresas socialmente responsáveis. *Gestão Organizacional*, 8(3), 483-502.
- Carvalho-Freitas, M. N., & Santos, J. C. (2023). *Capacitismo e Inclusão: Contribuições teórico-práticas da Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Vetor.
- Cavalcante, C. A. A., Cossi, M. S., Costa, R. R. O., Medeiros, S. M., & Menezes, R. M. P. (2015). Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(44), 100-109. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n44.2681>
- Farias, S. H., & Lucca, S. R. (2013). Perfil dos trabalhadores vítimas de acidente de trabalho grave usuários de prótese do programa de readaptação profissional. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(3), 725-738.
- Franche, R. L., Cullen, K., Clarke, J., Irvin, E., Sinclair, S., & Frank, J. (2005). Workplace-based return-to-work interventions: A systematic review of the quantitative literature. *Journal Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8032-1>
- Garbin, A. C. (2016). *A vivência de trabalho da pessoa com deficiência e as repercussões à saúde*. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo.
- Garbin, L. S. (2012). *Representações sociais de trabalhadores acidentados sobre o retorno ao trabalho*. [Dissertação de Mestrado]. Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Izaias, É. M., Pissinati, P. S. C., Galdino, M. J. Q., Barreto, M. F. C., Marcon, S. S., & Haddad, M. C. F. L. (2020). Prazer e sofrimento de trabalhadores readaptados após acidente do trabalho. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 9(1), 27-38. <https://doi.org/10.18554/reas.v9i1.3883>
- Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: The challenge of implementing evidence. *Journal of occupational rehabilitation*, 15(4), 507-524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
- Maccali, N., Kuabara, P. S. S., Takahashi, A. R. W., Roglio, K. D., & Boehs, S. T. M. (2015). As práticas de recursos humanos para a gestão da diversidade: A inclusão de deficientes

- intelectuais em uma federação pública do Brasil. *Revista Administração Mackenzie*, 16(2), 157-187. <https://doi.org/10.1590/1678-69712015/administracao.v16n2p157-187>
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
- Ministério do Trabalho e Previdência Social (2021). *As ocupações e o mercado de trabalho* (assalariado formal).
- Ministério do Trabalho e Previdência. (2023a). Quantidade de acidentes do trabalho liquidados, por consequência, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Brasil – 2019/2021.
- Ministério do Trabalho e Previdência. (2023b). Quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Brasil – 2019/2021.
- Neves-Silva, P., Prais, F. G., & Silveira, A. M. (2015). Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: Cenário e perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2549-2558.
- Pereira, C., Santos, M., & Cunha, L. (2018). Percursos de regresso ao trabalho após acidente: Confronto com novos obstáculos. *Laboreal*, 14(1), 49-58. <https://doi.org/10.4000/laboreal.430>
- Pettoruti, L. I., & Faiman, C. J. S. (2018). Programas de Retorno ao Trabalho após afastamentos por transtornos mentais: Uma revisão de literatura. *Saúde, Ética & Justiça*, 23(2), 56-62. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i2p56-62>
- Santana, V. S., Xavier, C., Moura, M. C. P., Oliveira, R., Espírito-Santo, J. S., & Araújo, G. (2009). Gravidade dos acidentes de trabalho atendidos em serviços de emergência. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), 750-760. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000061>
- Santos, G. S. H., & Lopes, R. E. (2021). O programa de reabilitação profissional do INSS e a reinserção do trabalhador no mercado de trabalho. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29(e2100), 1-20. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2100>
- Santos, S. R. T. G., & Oliveira, L. H. (2018). Afastamento do trabalho: Análise da percepção de gestores e reabilitados reintegrados à empresa de maneira sustentável. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, 8(3), 40-66.
- Schaefer, L. S., Lobo, B. D. O. M., & Kristensen, C. H. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático decorrente de acidente de trabalho: Implicações psicológicas, socioeconômicas e jurídicas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 329-336. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200018>
- Schweitzer, L., Gonçalves, J., Tolfo, S. R., & Silva, N. (2016). Bases epistemológicas sobre sentido(s) e significado(s) do trabalho em estudos nacionais. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 16(1), 103-116. <https://doi.org/10.17652/rpot/2016.1.680>

- Silveira, A. L. L., & Merlo, Á. R. C. (2014). O caso dos frigoríficos: Contribuições da fenomenologia existencialista e da psicodinâmica do trabalho para refletir sobre a deficiência física adquirida. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(13), 1-20. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v6i13.68917>
- Simonelli, A. P., Camarotto, J. A., Bravo, E. S., & Vilela, R. A. D. G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 64-73. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100008>
- Tessarro, M. T. V., Querol, M. A. P., & Almeida, I. M. D. (2022). Desafios da reabilitação profissional desenvolvida pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS): Uma perspectiva histórico-cultural. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 47(e12), 1-12. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/26320pt2022v47e12>
- Uhlmann, D. B., Alexandre, N. M. C., Rodrigues, R. C. M., & São-João, T. M. (2019). Retorno ao trabalho de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44(e10), 1-11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019518>
- Vacaro, J. E., & Pedroso, F. S. (2011). Desempenho dos segurados no serviço de reabilitação do Instituto Nacional de Seguridade Social. *Acta Fisiatrica*, 18(4), 200-205. <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103666>
- Vargas, A. C., Santos, A. C. T. D., Souza, R. M., & Silveira-Monteiro, C. A. (2017). Percepção dos usuários a respeito de um serviço de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 42(e11), 1-10. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000011716>
- Vieira, G. S., Glina, D. M. R., Pustiglione, M., Rocha, L. E., & Costa-Black, K. M. (2010). Programa de retorno ao trabalho em um hospital de São Paulo: Resultados iniciais, fatores facilitadores e obstáculos de uma perspectiva administrativa. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 8(2), 105-114.
- Ziliotto, D. M., & Berti, A. R. (2013). Reabilitação profissional para trabalhadores com deficiência: Reflexões a partir do estado da arte. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 736-750. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300008>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

SUPORTE E REINserÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA POR ACIDENTE DE TRABALHO

Joelma Cristina Santos¹ (joelma.santtos@gmail.com), & Maria Nivalda de Carvalho-Freitas²

¹Universidade Federal de São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil

A deficiência foi interpretada, durante séculos, como um desvio da ordem natural, numa conceção que pressupõe a existência um ser humano ideal e de que qualquer indivíduo que não corresponde ao padrão deve se adaptar a uma sociedade, estruturada por e para o padrão dominante (Carvalho-Freitas & Marques, 2007). Outra forma de considerar a deficiência, organizada teoricamente nas últimas décadas, compreende que ela não está no indivíduo, mas na sociedade que não foi construída para atender as necessidades de todas as pessoas, numa conceção de inclusão social (Oliver, 1996). Dessa forma, os obstáculos sociais – como determinados espaços urbanos, ambientes educacionais e contextos laborais – impõem restrições a pessoas com certas características, desabilitando-as para a vida quotidiana. Considerando a proposição da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao articular perspetivas teóricas, compreende-se que as causas da deficiência não podem ser identificadas somente no indivíduo ou na sociedade, mas nas relações entre condições de saúde, funções e estruturas do corpo, fatores pessoais e ambientais, nível de atividade e nível de participação social da pessoa em questão (Santos, 2016). Nesse sentido, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo (de natureza física, mental, intelectual e/ou sensorial), os quais, na interação com circunstâncias sócio-históricas, culturais, políticas e económicas, podem ter obstruídas a sua participação social efetiva e a plena expressão das suas capacidades (Lei n.º 13.146/2015).

No Brasil, 8,4% da população ou aproximadamente 17,2 milhões de pessoas têm deficiência física, visual, auditiva e/ou mental/intelectual, tendo a maioria adquirido a deficiência ao longo da vida como resultado de lesões, adoecimentos ou traumas resultantes de quedas ou acidentes (IBGE, 2015, 2022). Entre os fatores que podem levar a uma deficiência adquirida, estão os acidentes de trabalho, definidos, conforme a Lei n.º 8.213/1991, como decorrentes do exercício de atividade laboral e capazes de ocasionar lesões corporais ou perturbações funcionais que podem levar à morte, à perda ou à diminuição da capacidade para o trabalho. Os dados oficiais recentes indicam que o Brasil regista, em média, mais de meio milhão de acidentes laborais por ano, mas, devido a notificações não realizadas, estima-se que esse número seja aproximadamente cinco vezes maior (IBGE, 2021; Ministério do Trabalho e Previdência, 2023). Entre os milhares de pessoas que se acidentam por ano no Brasil, calcula-se que 2,7%

delas tenham sequelas físicas permanentes devido aos acidentes laborais sofridos (IBGE, 2021), correspondendo a mais de 70 mil trabalhadores no decorrer de um ano.

Além de constituírem o maior agravo que pode afetar a saúde das pessoas no contexto de trabalho, os acidentes laborais podem ampliar a situação de vulnerabilidade a que muitas pessoas estão expostas, pois estão associados à baixa qualificação de trabalhadores e a condições sociais e econômicas desfavoráveis (Cavalcante et al., 2015; Malta et al., 2017; Vilela et al., 2012). Além disso, maior prevalência de deficiência física adquirida é observada em pessoas em condições de maior vulnerabilidade, como escolaridade e classe social baixas, cor de pele não branca e ausência de trabalho remunerado (Barreto et al., 2022). Situações de vulnerabilidade podem levar a deficiências, assim como a deficiência é um importante fator de desigualdade social, já que pessoas com deficiência têm menor acesso à educação e ao mercado de trabalho (IBGE, 2022), indicando a relevância de se discutir questões que perpassam a deficiência, especialmente, nos países em desenvolvimento.

Apesar dos números elevados, existe uma carência de estudos que tratem da relação entre trabalho e deficiências adquiridas, bem como de aspectos referentes ao retorno laboral de trabalhadores afastados ou acerca de políticas organizacionais de suporte (Garbin, 2016; Pettoruti & Faiman, 2018; Silveira & Merlo, 2014; Uhlmann et al., 2019). Os escassos estudos sobre a reinserção de pessoas com deficiência adquirida apontam alguns elementos facilitadores desse processo, como o conhecimento prévio da gestão e da cultura organizacional, bem como fatores complicadores, como eventuais mudanças nas atividades laborais, as quais buscam, principalmente, viabilizar o retorno após o período de reabilitação (Rebelo, 2008). Apesar dos avanços das últimas décadas, a inclusão de pessoas com deficiência no mercado formal de trabalho ainda constitui um desafio e um dos motivos são as persistentes barreiras nas estruturas físicas, nas condições e nas práticas laborais que dificultam a inclusão efetiva de pessoas com deficiência (Carvalho-Freitas & Santos, 2023). A reversão desse cenário depende da disponibilidade organizacional para a transformação das suas próprias práticas de gestão e das formas socialmente construídas de compreensão da deficiência, as quais são primordialmente fundamentadas em estereótipos negativos (Neves-Silva et al., 2015; Werneck-Souza et al., 2020).

Diante do exposto, este relato de pesquisa discutirá, na experiência de profissionais de Saúde e Segurança do Trabalho, ações de suporte para a reabilitação de trabalhadores com deficiências adquiridas devido a acidentes laborais, bem como práticas adotadas para o retorno destes trabalhadores ao contexto organizacional. A necessidade de ouvi-los a esse respeito baseia-se no fato de que estes profissionais são os principais responsáveis por programas de prevenção a acidentes de trabalho, fiscalização do cumprimento de normas de segurança e ações de promoção de saúde e qualidade de vida, entre outras práticas relacionadas. Considerando o impacto que questões laborais têm sobre a saúde dos indivíduos, uma melhor compreensão sobre como se articulam a prevenção de acidentes e a reabilitação de trabalhadores acidentados pode contribuir para práticas mais efetivas em Saúde e Segurança do Trabalho, Psicologia e demais áreas afins. Ao se pesquisar este tema sob esta perspectiva, pode-se ampliar a literatura

na área e favorecer a identificação de ações capazes de propiciar condições concretas e humanizadas de reinserção pelo trabalho, contribuindo para intervenções profissionais qualificadas e proporcionando visibilidade para questões ainda pouco discutidas no meio científico.

MÉTODO

Participantes

Este estudo teve a participação de 23 profissionais da área de Saúde e Segurança do Trabalho, sendo 14 homens e 9 mulheres, residentes em oito cidades do estado de Minas Gerais, no Brasil. Entre os participantes, 14 tinham formação técnica em Segurança do Trabalho, dos quais duas técnicas tinham também graduação em Administração de Empresas. Outros sete entrevistados tinham formação em engenharia de segurança do trabalho, um entrevistado era fisioterapeuta do trabalho e um entrevistado era psicólogo especializado em comportamento seguro. A maioria dos profissionais (16 participantes) tinha mais de 11 anos de experiência, sendo as vivências concentradas, principalmente, na área industrial.

Procedimento

O acesso aos participantes ocorreu por indicações e contactos individualizados via telefone, correio eletrônico e/ou pela rede social *LinkedIn*, bem como contactos com empresas de médio/grande porte e maior grau de risco (como indústrias, construtoras e frigoríficos). Foram realizadas entrevistas abertas via programas de comunicação por vídeo, tendo o número de participantes buscado articular, como proposto por Minayo (2017), as várias dimensões da questão em estudo, considerando os níveis de abrangência e profundidade desejados, com base no referencial teórico da pesquisa. As entrevistas foram motivadas, solicitando-se que os participantes relatassem as suas vivências com ocorrências de acidentes graves de trabalho (na organização em que atuavam ou em experiências profissionais anteriores) e os procedimentos adotados para reabilitação e reinserção de trabalhadores acidentados. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição e análise.

Foi utilizado o método de análise de conteúdo, o qual consiste, de acordo com Bardin (1977), num conjunto de técnicas que visa a obter, via procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção do conteúdo de mensagens. Tendo em vista a abordagem qualitativa, a categorização fundamentou-se na presença ou ausência de temas, considerando,

como Bardin (1977), que a regularidade é importante, mas também o acontecimento e a raridade podem apresentar sentidos muito fortes que não devem ser ocultados.

Considerações éticas

Este estudo compõe uma pesquisa de doutorado, a qual é parte de um programa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da universidade de vínculo das pesquisadoras. Os entrevistados foram orientados acerca dos objetivos do estudo, tendo concordado com a participação em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como acordado, a identidade dos participantes será resguardada e eles serão identificados, neste artigo, pelas letras ST e por numerais de 1 a 23, segundo a ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS

A insegurança física no trabalho é um reflexo da deterioração da responsabilidade das organizações em relação à saúde e à segurança dos trabalhadores (expondo-os mais a riscos ou reduzindo as medidas preventivas), levando a uma fragilização das pessoas em aspectos orgânicos, existenciais e identitários (Borges et al., 2022). Entende-se que a proteção à integridade física e psicológica do trabalhador é um dever organizacional e, diante da ocorrência de acidentes de trabalho, torna-se crucial avaliar as medidas tomadas para amenizar os efeitos adversos desse tipo de acidente. Por isso, ao se analisar as entrevistas sobre os tópicos propostos, duas categorias temáticas principais podem ser identificadas: (1) suporte e acompanhamento de trabalhadores após acidentes laborais graves, e (2) promoção do retorno ao trabalho após acidentes laborais graves.

Suporte e acompanhamento de trabalhadores após acidentes laborais graves

No conjunto das ações de saúde e segurança no trabalho desenvolvidas pelos entrevistados, o suporte e o acompanhamento de casos de acidentes laborais graves pode ocorrer como parte das responsabilidades formais e/ou como práticas informais das organizações, tendendo a ocorrer, principalmente, no âmbito financeiro, visando à reabilitação física dos trabalhadores. Em algumas situações, o suporte financeiro está restrito ao que a legislação trabalhista estabelece, enquanto em outras, empresas assumem a maioria ou todas as despesas decorrentes da reabilitação física do trabalhador, incluindo gastos com medicação, cirurgias e tratamentos privados. Os relatos, a seguir, exemplificam dois distintos posicionamentos acerca do suporte financeiro a trabalhadores acidentados:

Nós temos um protocolo. Nós temos ambulância na empresa, nós temos auxiliar de enfermagem com telefone 24 horas e temos empregados treinados a dirigir ambulância. [...] E temos, nas áreas também, armários com primeiros socorros, com maca,ambu, sabe, e colar cervical, atadura [...]. Aí, ele [trabalhador] tem cartão da empresa, o remédio é todo custeado pela empresa, nesse caso [de acidente laboral] ele não paga o remédio. Ele vai pra casa, vai fazer o tratamento, nesse processo de tratamento, é todo custeado pela empresa, tá? Como acidente de trabalho, custeado, inclusive, com orientação e monitoramento através do nosso serviço médico, o pessoal liga pra lá, liga pra lá, monitora “como é que tá aí, como é que foi o resultado?”, tira, vai lá, às vezes, tira foto, faz o acompanhamento antes, durante e depois através de foto, pra gente guardar o histórico [...]. Já tivemos casos aqui de, da empresa bancar hospital, bancar viagem, bancar ambulância pra fora de [cidade], até com UTI móvel e tudo mais (ST9).

A gente pega o colaborador, leva pro hospital, acompanha lá o procedimento, enquanto não chega um familiar, a gente não vai embora, dependendo do acidente a gente fica lá in loco, tipo assim, direto, esperando, pra dar um suporte. Só que a parte financeira, a [empresa] não ajuda, por isso que ela já tem o plano de saúde, então não ajuda. Desconta, desconta pouco, mas desconta, é coparticipação (ST2).

O acompanhamento da reabilitação de acidentados ocorre de formas muito diversas entre as organizações, sendo realizado, em algumas situações, mais proximamente e envolvendo, inclusive, o apoio em questões burocráticas (como orientações para benefícios da previdência social) e, em outras, ocorrendo de modo mais distante e marcadas apenas por comunicações formais. Ressalta-se que, em algumas organizações, a avaliação do trabalhador para o retorno laboral, como parte das ações de saúde visando à reinserção no contexto de trabalho, envolveu além da análise das condições físicas, a avaliação das condições psicológicas dos trabalhadores em reabilitação. Considerando as possíveis repercussões dos acidentes laborais, como desequilíbrios emocionais, irritabilidade, hostilidade, episódios depressivos, alcoolismo crônico, transtornos cognitivos e do sono (Cardoso et al., 2020; Cavalcante et al., 2015), este é um aspeto importante de ser ressaltado, embora não tenha sido um ponto comum para a maioria dos entrevistados. Por isso, apresenta-se o relato a seguir, como uma exceção que confirma a regra geral:

Ele vai passar pela avaliação médica, né, pelo, pela médica do trabalho e aí ela dando “apto”, que ele tá, né, apto a retornar ao trabalho, passa, dependendo da situação, do acidente, da gravidade, ele pode passar também pela área, pela psicóloga da empresa pra entender se, porque, às vezes, pode ser que ocorra, do funcionário tá apto a voltar fisicamente, a lesão não tem mais problema nenhum, mas, às vezes, psicologicamente, pode ser que ele não esteja, principalmente quando é questão de motorista, sabemos que o motorista trabalhar aí com o psicológico abalado é um risco também, né? Então, ele

vai passar também pela área psicológica, né, pra, realmente, ter certeza que ele tá apto a voltar (ST4).

A reinserção no trabalho após um acidente laboral deve ocorrer por obrigatoriedade legal, caso o trabalhador seja considerado apto ao retorno, tendo a organização a obrigatoriedade de manter o contrato de trabalho do reabilitado por, pelo menos, 12 meses após o seu retorno às atividades laborais (Lei n.º 8.213/1991). Do ponto de vista tanto do trabalhador quanto da empresa, o ideal é que o reabilitado possa desempenhar bem as suas atividades laborais após o retorno e, para isso, condições de inclusão no ambiente de trabalho deveriam ser garantidas. Entretanto, o que se observa, em alguns casos, é a persistência de obstáculos à inclusão, mesmo com todo o arcabouço legal destinado a corrigir desvantagens históricas e favorecer o acesso de pessoas com deficiência ao trabalho no mercado formal.

Promoção do retorno ao trabalho após acidentes laborais graves

De modo geral, o retorno do trabalhador com deficiência adquirida no cargo anteriormente ocupado tende a ser o mais conveniente tanto para a organização quanto para o reabilitado, sendo considerado um fator facilitador da reinserção laboral (Albuquerque et al., 2022). Todavia, em certos casos, voltar a desempenhar as mesmas tarefas não é viável, seja por características da deficiência adquirida, seja por questões pessoais do trabalhador que retorna (Rosin-Pinola et al., 2004). Assim, a alocação de trabalhadores reabilitados em postos de trabalho distintos constitui uma possibilidade de inclusão e, até mesmo, de construção de uma nova carreira com perspectiva de crescimento profissional (Cestari & Carlotto; 2012). Nas práticas organizacionais, no entanto, alguns participantes relataram dificuldades para adotar ações que precisavam ir além da alocação em atividades diferenciadas ou em postos de trabalho que não compunham os organogramas das respectivas empresas. Os relatos a seguir exemplificam esse aspeto, numa perspectiva que ainda associa o trabalhador com deficiência ao estereótipo de que ele não produz como os trabalhadores sem deficiência ou de que é obrigação dele se adaptar à empresa:

Criar um cargo adaptado por causa da deficiência, eu nunca vi, mas eu acredito que tem empresas aí que fazem isso tá, que tem aí um trabalho social, né, mais forte, cria um centro de custo só pra isso, cria um centro de custo só pra essa despesa aí, separa. Porque o problema é o centro de custo, a despesa, se você separa aquela despesa ali, não vai cair no colo de ninguém. Você resolve o problema. É o resultado, né, cada área tem que dar o resultado (ST19).

Não presenciei: “vamos adaptar aqui um posto pra continuar”, não, adaptava a pessoa ao posto, infelizmente. Era adaptação da pessoa ao posto de trabalho, não o posto à pessoa, né, que é o correto, mas não, a adaptação era da pessoa (ST20).

A resistência de empregadores em admitir pessoas com certas deficiências físicas ou reabilitadas, recusando-se a reinseri-las ou contratando-as sem oferecer condições mínimas de

trabalho e acessibilidade, desconsidera a relevância do papel social que as organizações têm nas ações de inclusão ou reabilitação profissional (Coelho et al., 2012). Nesse sentido, uma das principais contribuições dos debates sobre a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho consiste na possibilidade de se ir além da criticada prática de buscar a pessoa certa para o lugar certo, adaptando-a às máquinas ou às funções a serem desempenhadas. Quando se adota uma perspectiva inclusiva, essa questão é invertida e passa-se a compreender como trabalhadores podem expressar as suas capacidades pela execução de atividades pertinentes à empresa. Assim, alguns entrevistados usaram dessa lógica para promover o retorno laboral de pessoas com deficiências adquiridas devido a acidentes laborais, desenvolvendo postos de trabalho com tarefas específicas a serem realizadas por pessoas com características específicas (interesses, habilidades, qualificações técnicas), como no relato a seguir:

Aí, é buscando dentro das atividades, já teve situações em que a gente criou funções pra poder trabalhar isso, então assim, não dava pra ele retornar pra mesma função por causa da limitação, nem existia outra função que era compatível com essa limitação. Então, a gente criou uma função para que ele pudesse ser inserido ali, produtivamente (ST16).

A gente envolve toda a parte médica, [...], o quê que isso pode impactar na saúde dele enquanto trabalhador. Nós da Segurança, a gente faz um estudo daquela máquina, a gente estuda aquela condição, pra ver se a máquina precisa ser adaptada e alterada pra ele. Se for necessário, a gente envolve o pessoal da mecânica, né, o pessoal do projeto, pra ver se a gente vai precisar ajustar aquela máquina pra que ela não perca a eficácia dela, né, a produtividade dela, mas que o funcionário consiga trabalhar ali (ST17).

A adoção de um desenho de trabalho flexível possibilita o desempenho de funções e a realização de tarefas distintas pela estruturação em torno de um eixo comum, considerando as necessidades e habilidades de cada trabalhador com deficiência, mas também as demandas organizacionais (Carvalho-Freitas et al., 2022). A adequação das atividades laborais nos seus conteúdos, processos, ferramentas e estruturas organizacionais, físicas e relacionais, além da sensibilização de equipes e gestores para a questão da inclusão, fazem parte do conjunto de ações para promoção de um contexto de trabalho inclusivo (Simonelli & Camarotto, 2011).

Além disso, na experiência de alguns entrevistados, eventuais custos decorrentes do processo de reinserção de pessoas que se acidentaram no trabalho devem ser absorvidos e tratados como parte dos processos organizacionais, como exemplificado a seguir:

Se eu tinha alocado lá uma mão de obra pra um determinado centro de custo e esse centro de custo vai ter mais uma, lógico que vai, isso vai impactar no custo, sim, mas é, eu falo isso aqui, [...] é o custo que a gente tem de um acidente, então o acidente, ele não é viável acontecer, ponto. Ele não tem que acontecer, né, a gente sempre trabalha pra que ele não ocorra, mas depois que aconteceu, isso, essa responsabilidade [de realizar adaptações] é toda da empresa, então nada mais justo que ela arcar com isso (ST22).

A lei não permite que ele [trabalhador reabilitado] tenha o salário alterado, então ele permanece com o mesmo salário de antes e a gente já teve casos aqui de ter que equiparar

o salário dos outros por causa desse novo que chegou no setor, entendeu? Mas era a opção que a gente tinha pra gente reabilitar esse funcionário (ST17).

Os acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho são fenômenos indesejáveis produzidos por e nos ambientes laborais, resultados da desestruturação entre o projeto das situações de trabalho e as condições concretas da sua realização, por isso, os seus efeitos devem ser mensurados no âmbito laboral (Simonelli et al., 2010). Entende-se, portanto, que o processo de reinserção de um trabalhador reabilitado reflete as repercussões não imediatas de um acidente laboral, o qual pode ser sentido pelas equipas e pela gestão organizacional muito tempo após a sua ocorrência.

DISCUSSÃO

As políticas de saúde, preventivas ou de cuidados, fazem parte das condições de trabalho (Borges et al., 2022) e, por isso, este estudo apresentou o relato de profissionais responsáveis por ações de prevenção de acidentes laborais, haja vista o impacto que eles têm sobre a saúde de trabalhadores. Articulando questões pertinentes a essas práticas com uma das suas possíveis consequências – deficiência adquirida – pretendeu-se apontar alguns desafios que persistem, bem como certas soluções já encontradas. Cabe dizer que, no contexto brasileiro, no entanto, a adoção de recursos diversos que viabilizem a inclusão efetiva de pessoas com deficiência no trabalho não tem sido frequente, tanto entre os participantes desta pesquisa quanto no meio acadêmico e organizacional, em geral.

Ainda são poucos os estudos sobre empresas que desenvolvem formas efetivas de inclusão, removendo barreiras de acessibilidade e proporcionando oportunidades iguais a todos os funcionários, possivelmente porque os valores organizacionais e as concepções sobre deficiência no trabalho refletem questões sociais (Alves et al., 2018). Quanto à reabilitação profissional, também se observa a predominância de ações direcionadas ao indivíduo e não ao meio, indicando que apesar das discussões sobre um novo modelo de avaliação da deficiência, as formas de intervenção ainda não avançaram para um paradigma que considere o contexto laboral como participante desse processo (Canal & Cruz, 2013). Grande parte das organizações brasileiras não oferta novas funções ou altera a composição das tarefas para trabalhadores que se acidentaram, inviabilizando o retorno laboral (Santos & Lopes, 2021). Pesquisa realizada em Portugal também constatou um baixo percentual (8,8%) de postos de trabalho adaptados a pessoas que retornaram após acidentes de trabalho (Pereira et al., 2018).

As estratégias para assegurar a permanência ou o retorno ao trabalho de pessoas com deficiência física pode requerer modificações arquitetônicas no ambiente, alterações nas atribuições de cargos e nas políticas organizacionais, além de flexibilidade de horários, oferta de tecnologias de suporte e disponibilização de pessoal de apoio (Wong et al., 2021). Nos casos observados nesta pesquisa, percebeu-se que a disponibilidade organizacional para adequar práticas e

realizar adaptações, bem como negociar metas e resultados, mostrou-se fundamental para a manutenção desses trabalhadores como parte do quadro funcional das respectivas empresas. Essa disponibilidade pode extrapolar o cumprimento estrito da legislação e abarcar o papel que cada organização entende ter como instituição que faz parte da sociedade e que, como tal, produz impactos sobre pessoas, interna ou externamente, aos seus espaços físicos. Assim, ao se perceber como parte do problema e da solução, certas organizações compreendem que a responsabilidade pela reabilitação de trabalhadores acidentados no contexto de trabalho não deve caber apenas à pessoa que se acidentou, ao sistema de saúde e/ou ao sistema de previdência social.

De modo geral, considera-se que os impactos de acidentes laborais sobre a saúde física e mental dos trabalhadores devem ser mais bem avaliadas, para que as organizações, conhecendo melhor as necessidades dos reabilitados, elaborem estratégias mais específicas. Considerando que as adaptações laborais devem atender as demandas do trabalhador com deficiência, direcionar o foco para a funcionalidade pode auxiliar a definição das condições que viabilizam o retorno ao trabalho (Wong et al., 2021). Em relação à gestão da diversidade funcional, um desenho do trabalho que considere padrões comuns para a manutenção da equidade, mas também a abertura a singularidades, evita que diferenças sejam ignoradas e se torna uma via para a inclusão no trabalho (Carvalho-Freitas et al., 2022). Isso porque quando as organizações repensam formas típicas de funcionalidade e de realização de atividades pela análise das possibilidades de trabalho de cada pessoa com deficiência, as possibilidades de inclusão de pessoas com deficiências são ampliadas (Simonelli & Camarotto, 2011). Alguns exemplos relatados neste artigo evidenciam como a reinserção no trabalho após acidentes laborais depende da disponibilidade organizacional em se adaptar e promover mudanças, de modo a incluir, de fato, trabalhadores com deficiência.

Tendo em vista os condicionantes e determinantes sociais da saúde, bem como o papel que o trabalho pode exercer para o bem-estar subjetivo e material das pessoas em sociedade, entende-se que é relevante abordar também os aspectos que fazem do trabalho um elemento capaz de levar ao adoecimento. Embora a deficiência seja um fenômeno que deve ser entendido no âmbito das relações sociais, em sobreposição às questões de ordem puramente orgânica, o processo de se tornar pessoa com deficiência, pela ocorrência de um acidente laboral, provoca mudanças no corpo e demanda, pelo menos inicialmente, intervenções de base biomédica. As consequências desse acontecimento na história individual de cada trabalhador ganhará significações que só fazem sentido para a pessoa devido a interações sociais, as quais podem manter ou restringir possibilidades pela forma como a deficiência é interpretada socialmente. Vivenciar a deficiência como limitação individual ou como maneira de ser num mundo não adaptado muda a perspectiva da experiência de cada pessoa com deficiência.

Como limitações desta pesquisa, entende-se que a busca por entrevistados por meio do contacto com empresas (o que permitia a identificação do profissional e da organização) inibiu potenciais participantes, apesar da confidencialidade dos dados ser assegurada. Como se trata de um tema delicado, diversos profissionais se recusaram a participar, devido ao impacto que acidentes

laborais têm sobre a imagem organizacional na comunidade e nos meios de comunicação, em geral, preferindo não abordar os processos internos de suas respectivas empresas.

Espera-se que este estudo consiga favorecer a compreensão sobre como as práticas destinadas a prevenir e a lidar com as consequências de acidentes graves de trabalho (que podem acarretar deficiências) estão vinculadas à reinserção de pessoas que precisam ser incluídas em condições diferentes daquelas em que foram inicialmente contratadas. Ressalta-se que os ambientes de trabalho devem ser meios de promoção da saúde e, nesse sentido, promover ações que assegurem a reabilitação adequada e a percepção de inclusão no retorno laboral é algo que têm grande impacto sobre a saúde de trabalhadores que se acidentaram naquele contexto. Considera-se, em consonância com Toldrá et al. (2010), que a articulação eficiente entre os diferentes atores, serviços, sistemas e políticas envolvidos nas ações de reinserção laboral pode criar condições para que esse processo ocorra de maneira satisfatória e garanta espaços de trabalho adequados e saudáveis. Nesse contexto, entende-se que a construção e o fortalecimento de contextos laborais que privilegiem a inclusão se faz pelo reconhecimento e pela valorização da diversidade.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio no financiamento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, B. B., Freitas, K. G., Miranda, F. M., Carneiro, C. L., & Mininel, V. A. (2022). Retorno ao trabalho após reabilitação profissional: Desafios e perspectivas. *Research, Society and Development*, 11(11), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33203>
- Alves, A. S., Martins, M. F. M., & Faria, R. S. (2018). Revisão sistemática da produção científica sobre a pessoa com deficiência e o trabalho. In E. F. Chaveiro, & L. C. F. Vasconcelos (Orgs.). *Uma ponte ao mundo: Cartografias existenciais da pessoa com deficiência e o trabalho* (pp. 199-227). Kelps.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barreto, M. C. A., Araújo, L. F., & Castro, S. S. D. (2022). Relação de fatores pessoais e ambientais com a prevalência de deficiências físicas adquiridas no Brasil: Estudo de base

- populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(4), 1435-1442. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.06472021>
- Borges, L. O., Barbosa, S. C., Ansoleaga, E., Barros, S. C., Heleno, C. T., & Renteria, E. (2022). Condições de trabalho, avanços da precarização e violência no trabalho. In M. N. Carvalho-Freitas, D. R. C. Bentivi, E. M. B. Amorim-Ribeiro, M. M. Moraes, R. H. C. Di Lascio, & S. C. Barros (Orgs.), *Psicologia Organizacional e do Trabalho: Perspectivas teórico-práticas* (pp.489-529). Vetor.
- Canal, P., & Cruz, R. M. (2013). Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: Revisão de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4), 593-601. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400012>
- Cardoso, J., Areosa, J., & Neto, H. V. (2020). Impacte do acidente de trabalho grave na vida do trabalhador. *Cesqua: Cadernos de Engenharia de Segurança, Qualidade e Ambiente*, 1(3), 1-17. <https://www.cesqua.org/index.php/cesqua/article/view/45/30>
- Carvalho-Freitas, M. N., Bentivi, D. R. C., Ribeiro, M. A., & Souza, G. A. (2022). *Inclusão de pessoas com deficiência e desenho do trabalho*. In G. S. Abbad, J. E. Borges-Andrade, L. Mourão, & S. M. G. Gondim (Eds.), *Desenho e redesenho do trabalho: Modelos e ferramentas de apoio à gestão* (pp. 219-238). Vetor.
- Carvalho-Freitas, M. N., & Marques, A. L. (2007). *A diversidade através da história: A inserção no trabalho de pessoas com deficiência*. *Organizações & Sociedade*, 14(41), 59-78. <https://doi.org/10.1590/S1984-92302007000200003>
- Carvalho-Freitas, M. N., & Santos, J. C. (2023). *Capacitismo e Inclusão: Contribuições teórico-práticas da Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Vetor.
- Carvalho-Freitas, M. N., Silva, O. A., Tette, R. P. G., & Silva, C. V. S. (2017). Diversidade em contextos de trabalho: Pluralismo teórico e questões conceituais. *E&G Economia e Gestão*, 17(48), 174-191. <https://doi.org/10.5752/P.1984-6606.2017v17n48p174-191>
- Cavalcante, C. A. A., Cossi, M. S., Costa, R. R. O., Medeiros, S. M., & Menezes, R. M. P. (2015). Análise crítica dos acidentes de trabalho no Brasil. *Revista de Atenção à Saúde*, 13(44), 100-109. <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol13n44.2681>
- Cestari, E., & Carlotto, M. S. (2012). *Reabilitação profissional: O que pensa o trabalhador sobre sua reinserção*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(1), 93-115. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n1/v12n1a06.pdf>
- Coelho, M. P., Guedes, L. U., & Machado, R. D. (2012). Reabilitação profissional Habilitá: ressignificação do trabalho e resgate da capacidade laboral. *Revista Laborativa*, 1(1), 52-66. <https://core.ac.uk/download/pdf/233142336.pdf>
- Garbin, A. C. (2016). *A vivência de trabalho da pessoa com deficiência e as repercussões à saúde*. [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: Ciclos de Vida: Brasil e Grandes Regiões.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Pessoas com deficiência e desigualdades sociais no Brasil.
- Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
- Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. (2015, 06 de julho). Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm
- Malta, D. C., Stopa, S. R., Silva, M. M. A., Szwarcwald, C. L., Franco, M. S., Santos, F. V., Machado, E. L., & Gómez, C. M. (2017). *Acidentes de trabalho autorreferidos pela população adulta brasileira, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013*.
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 5(7), 1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82/59>
- Ministério do Trabalho e Previdência. (2023). Quantidade de acidentes do trabalho, por situação do registro e motivo, segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), no Brasil – 2019/2021.
- Neves-Silva, P., Prais, F. G., & Silveira, A. M. (2015). Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: Cenário e perspectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2549-2558.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: from theory to practice*. Palgrave.
- Pereira, C., Santos, M., & Cunha, L. (2018). Percursos de regresso ao trabalho após acidente: Confronto com novos obstáculos. *Laboreal*, 14(1), 49-58. <https://doi.org/10.4000/laboreal.430>
- Pettoruti, L. I., & Faiman, C. J. S. (2018). Programas de Retorno ao Trabalho após afastamentos por transtornos mentais: Uma revisão de literatura. *Saúde, Ética & Justiça*, 23(2), 56-62. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v23i2p56-62>
- Rebello, P. (2008). *A pessoa com deficiência e o trabalho*. Qualitymark.
- Rosin-Pinola, A. R., Silva, C. P. D., & Garbulho, N. D. F. (2004). Implicações psicossociais para o acidentado de trabalho reinserido no mercado de trabalho e desempregado. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(2), 53-62.
- Santos, G. S. H., & Lopes, R. E. (2021). O programa de reabilitação profissional do INSS e a reinserção do trabalhador no mercado de trabalho. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29(e2100), 1-20. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2100>

- Santos, W. (2016). Deficiência como restrição de participação social: Desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3007-3015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>
- Silveira, A. L. L., & Merlo, Á. R. C. (2014). O caso dos frigoríficos: Contribuições da fenomenologia existencialista e da psicodinâmica do trabalho para refletir sobre a deficiência física adquirida. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 6(13), 1-20. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v6i13>
- Simonelli, A. P., & Camarotto, J. A. (2011). Análise de atividades para a inclusão de pessoas com deficiência no trabalho: Uma proposta de modelo. *Gestão & Produção*, 18(1), 13-26. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2011000100002>
- Simonelli, A. P., Camarotto, J. A., Bravo, E. S., & Vilela, R. A. D. G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 64-73. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100008>
- Toldrá, R. C., Daldon, M. T. B., Santos, M. C., & Lancman, S. (2010). Facilitadores e barreiras para o retorno ao trabalho: a experiência de trabalhadores atendidos em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-SP, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 10-22. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000100003>
- Uhlmann, D. B., Alexandre, N. M. C., Rodrigues, R. C. M., & São-João, T. M. (2019). Retorno ao trabalho de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44(e10), 1-11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000019518>
- Vilela, R. A. G., Almeida, I. M., & Mendes, R. W. B. (2012). Da vigilância para a prevenção de acidentes de trabalho: Contribuições da ergonomia da atividade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2817-2830. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000029>
- Werneck-Souza, J., Ferreira, M. C., & Soares, K. J. (2020). Panorama da produção brasileira sobre inserção de pessoas com deficiência no trabalho: Desafios à efetiva inclusão. *Gerais – Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-20, e130104. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130104>
- Wong, J., Kallish, N., Crown, D., Capraro, P., Trierweiler, R., Wafford, Q. E., Tiema-Benson, L., Hassan, S., Engel, E., Tamayo, T., & Heinemann, A. W. (2021). Job accommodations, return to work and job retention of people with physical disabilities: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31, 474-490. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09954-3>

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

PRÁTICAS EDUCATIVAS MATERNAS E PATERNAS COM MULHERES E HOMENS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Gabriela Ormeño¹ (gabrielareyes@ufpr.br), Lais Kreutzer¹, Thaís de Paula¹, Nariana de Freitas¹, & Ellen Ferreira

¹UFPR, Curitiba, Brasil

O aumento da criminalidade e encarceramento no Brasil tem sido objeto de análise de diversos pesquisadores, especialmente nas áreas de segurança pública, educação, sociedade civil e saúde. Conforme a Secretaria Nacional de Informações Penais - SISDEPEN (2022), o Brasil registra a terceira maior população carcerária global, aproximadamente 648.692 pessoas privadas de liberdade, em contraste com as 423 mil vagas disponíveis. Essa superlotação, presente em todo o país, reflete um aumento considerável nas taxas de encarceramento nas últimas três décadas. Contudo, essas medidas não têm atingido seus propósitos principais de proteger a sociedade e reintegrar os indivíduos após o cumprimento das penas.

O cárcere envolve também uma perspectiva de gênero, posto que de acordo com um relatório do Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN (2022), o encarceramento feminino aumentou 512% de 2000 até o primeiro semestre de 2022, ultrapassando a taxa de crescimento masculina. Esse aumento está diretamente relacionado com as vulnerabilidades sociais enfrentadas por esse grupo, como violência, abuso de substâncias e baixa escolaridade (Siqueira & Andreoli, 2019).

Além deste aspecto, questões sociais como a pobreza contribuem para o aumento desta população. Dados do Cenário da Infância e Adolescência no Brasil (2021) apontam que em 2019 havia 69,8 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, dos quais 9,1 milhões viviam em extrema pobreza e 9,7 milhões em situação de pobreza, tais questões sociais brasileiras afetam o pleno desenvolvimento da infância e juventude (Fundação Abrinq, 2021). Além dos aspectos sociais supracitados, a pandemia de COVID-19 alterou a vida da população mundial em todas as esferas, incluindo a dinâmica de crianças e adolescentes. O estudo de Matta et al. (2021) aponta que as camadas mais vulneráveis da sociedade foram as mais impactadas pelas consequências da pandemia, já que estavam previamente suscetíveis a questões como fome, violência, desemprego e falta de acesso à saúde de qualidade. Uma outra variável que também afeta estes jovens diz respeito aos padrões do comportamento da família, que pode abranger diferentes gerações e pode indicar a presença de fatores de risco que contribuem para a perpetuação de comportamentos problemáticos em uma família, como por exemplo fatores socioeconômicos, modelagem de comportamentos, ausência de figuras parentais positivas

fatores ambientais e comunitários, histórico de abuso e negligência, e falta de oportunidades condizentes com a realidade (Gomide et al., 2022). Neste sentido, o termo estilos e práticas parentais representam fundamentos essenciais na psicologia do desenvolvimento e no contexto da educação familiar. Esses termos englobam as abordagens e estratégias que os pais empregam para moldar o crescimento psicossocial de seus filhos. Aqui, cabe mencionar o estudo de Gomide (2006) que define sete práticas educativas para caracterizar o estilo parental, são elas: a monitoria positiva e comportamento moral, relacionados a comportamentos pró-sociais (positivos) e na vertente dos comportamentos negativos estão a negligência, a punição inconsistente, a monitoria negativa, a disciplina relaxada e o abuso físico.

A monitoria positiva é entendida pelas autoras como o conhecimento de onde o filho se encontra, suas atividades e preferências. O comportamento moral são os valores morais passados pelos pais, como por exemplo a empatia e honestidade. Sobre as práticas negativas, a negligência é quando os pais são ausentes, não demonstram interesse pelos filhos e não têm um papel importante na vida deles, contribuindo para que cresçam crianças inseguras, com baixa autoestima e agressivas. A punição inconsistente se trata de uma educação realizada com base no humor dos pais, no momento, e não em uma prática constante, corroborando para uma não distinção entre o que é certo e errado, ou sobre como devem se comportar. A disciplina relaxada é quando os pais definem regras, mas eles mesmos não a praticam. Já a monitoria negativa, é quando há essas regras em excesso, fiscalizando de forma excessiva a vida dos filhos. O abuso físico são as práticas corporais que lesionam o corpo, na busca de controlar o comportamento dos filhos, sendo este e a negligência, principais fatores que contribuem para comportamentos antissociais em crianças e adolescentes (Sampaio & Gomide, 2007).

Tais aspectos estão relacionados ao modo como os pais foram criados e reproduzem a violência que sofreram, bem como estão ligados a fatores sociais, em que se a violência enquanto mecanismo de “educação” ou então de uma falta de repertório em lidar de uma forma diferente na educação dos filhos. Além disso, condições de pobreza, falta de condições adequadas de vida e moradia, contribuem para o aumento da violência intrafamiliar, e, conseqüentemente, uma violência na comunidade em que estão inseridos (Falcke et al., 2012).

Ademais, cumpre destacar que ao entrar no sistema prisional, toda a história de vida do encarcerado terá outra perspectiva, de modo que a maneira como este irá transitar nesta instituição poderá contribuir ou agravar o quadro deste. Assim, ressalta-se a importância de um trabalho multidisciplinar para reinserir a pessoa privada de liberdade novamente em sociedade, e sobretudo do trabalho do psicólogo neste contexto, posto que estes podem contribuir na redução dos efeitos do cárcere, atuando de forma congruente com os direitos humanos. Além disso, o encarceramento está ligado, dentre outros aspectos, a questões de saúde, uma vez que o tratamento dado às violações de direitos e tratamentos degradantes, bem como as epidemias e mortes ocasionadas por doenças que poderiam ter sido tratadas, são questões que carecem de um olhar público e humanizado para tratar a subjetividade de cada sujeito ali inserido, em um viés não só punitivo, mas também reintegrador, possibilitando transformações (Nascimento & Bandeira, 2018). Nesse contexto, indaga-se sobre a correlação entre as questões que envolvem

saúde pública, como as condições básicas para uma vida saudável e o pleno desenvolvimento de um indivíduo, com os problemas sociais existentes no país, dentre eles, a prática de crimes. Diante disso, este estudo tem por objetivo caracterizar os estilos parentais e históricos infracionais, considerando as questões sociais e psicológicas da trajetória vivenciada pelos jovens privados de liberdade.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 10 pessoas em privação de liberdade, sendo cinco mulheres e cinco homens. A média de idade das mulheres era de 20,6 anos, enquanto a dos homens era de 23,5 anos. Entre as cinco participantes mulheres, três exerciam a maternidade, em contrapartida, nenhum dos homens tinha filhos. Quanto à etnia, três eram brancas, uma indígena e outra negra, a mesma diversidade étnica se aplicava aos homens. Com relação ao histórico de cumprimento em medida socioeducativa, todos tem histórico de passagem no sistema socioeducativo. Em relação à reincidência, três homens e três mulheres eram reincidentes no que tange ao atual encarceramento o período variava de dez dias a um ano e seis meses para as mulheres, e de quatro anos a oito meses para os homens.

Material

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Inventário de Estilos Parentais (IEP) de Sampaio & Gomide (2007) e o Questionário Histórico Infracional Familiar (IHIF) de Gomide (2022). O primeiro tem como objetivo avaliar o estilo parental, ou seja, o modo que os pais usam para educar os seus filhos, tendo sete práticas educativas. Destas, cinco são negativas vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial, sendo elas: negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. As outras duas são positivas, relacionadas ao desenvolvimento de comportamento pró-social: comportamento moral e monitoria positiva. Cada prática contém 6 questões, totalizando 42 questões, sendo respondidas através de uma escala de 3 pontos (0=nunca; 1=às vezes; 2=sempre). A partir disso, o IEP fornece um escore que é o resultado da subtração da soma das práticas negativas da soma das práticas positivas. Para realizar a análise dos escores obtidos, é preciso que o índice, que se trata de um escore bruto, seja avaliado com base em duas tabelas normativas, em que são apresentados os percentis correspondentes aos valores encontrados. Em uma tabela consta o escore relativo às práticas maternas e na outra às paternas. Quando se encontra este valor percentual, é possível observar qual o estilo parental que predomina. Os percentis são: De 75 a

99 se referem a um estilo parental ótimo, com presença de práticas parentais positivas e ausência de práticas negativas; de 55 a 70 se referem a um estilo parental bom, acima da média; de 30 a 50 se refere a um estilo parental bom, porém abaixo da média; abaixo de 25 se refere a um estilo parental de risco. Assim, os escores do IEP que se enquadram dentro do percentil abaixo de 25, são práticas parentais de risco.

O segundo instrumento, o IHIF, tem como objetivo levantar informações sobre infrações cometidas pelo participante e seus familiares: pai, mãe, padrasto, madrasta, irmãos, avô, avó, tios e primos. É composto por 14 questões sobre o ato infracional, o qual separa os atos infracionais entre fator 1 - crimes graves, sendo eles: crimes sexuais, furto, homicídio/tentativa de homicídio, latrocínio, lesão corporal, posse/porte ilegal de armas, recepção de objetos, roupa, seqüestro, tráfico de drogas e violência doméstica e o Fator 2 - crimes leves, composto por: dirigir embriagado, dirigir sem habilitação e drogas para consumo próprio. O instrumento avalia a ocorrência da infração, ou seja, o cálculo é realizado da seguinte maneira: para cada infração é atribuído o valor de “0” quando não ocorreu a infração descrita ou o valor de “1” quando ocorreu a infração descrita.

Procedimento

O Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, sob o número CAAE. 17221019.7.0000.0102. Em virtude da vulnerabilidade e baixa escolaridade dos participantes, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Uso de Imagem e Voz.

Para participar da pesquisa foram estabelecidos alguns critérios, sendo eles: ter até 24 anos de idade, ter cumprido medida socioeducativa, ser reincidente no ambiente prisional e ter algum parente que já tenha passado pelo sistema prisional. Desta forma, a equipe de segurança das unidades foram as encarregadas de selecionar os detentos com estas características. Feita a seleção dos participantes, foi realizada a aplicação dos instrumentos IEP e IHIF, a qual se deu de forma individual e privativa nas respectivas unidades prisionais masculinas e femininas localizadas no Complexo Penal de Piraquara - Paraná Brasil.

RESULTADOS

A Figura 1 descreve os dados gerais obtidos do Inventário de Estilos Parentais aplicado com mulheres e homens em privação de liberdade. Observa-se que todos os participantes tiveram estilos parentais de risco, com escores finais do IEP variando de -8 até -32. Estes escores, como descrito anteriormente, são os índices do IEP que são avaliados por duas tabelas, uma referente a práticas maternas e outra a paternas. Os índices apontados pelas respostas dos participantes

se enquadram dentro do percentil abaixo de 25, que se refere a prática parental de risco (Sampaio & Gomide, 2007). Assim, além de avaliar o escore final do IEP, é possível analisar cada prática de forma separada de modo que se tenha uma visão mais esclarecida sobre qual prática está mais deficitária. Considerando que todos os participantes apresentaram fatores de risco, a Figura 2 a seguir apresenta a média dos escores das práticas educativas negativas dos participantes homens e mulheres.

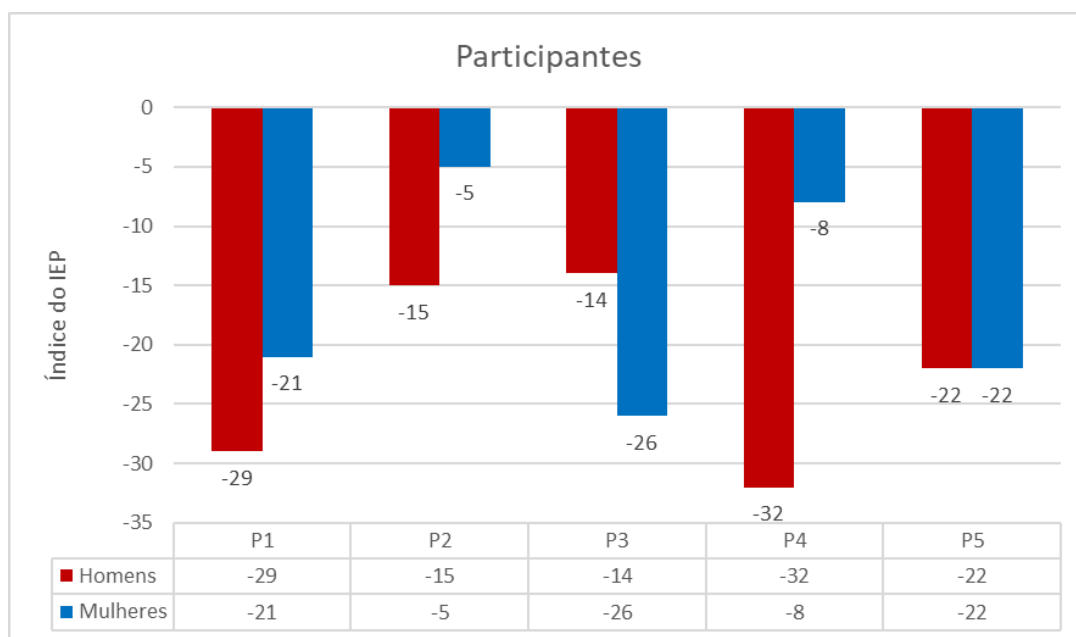


Figura 1. *Estilos Parentais dos Participantes*

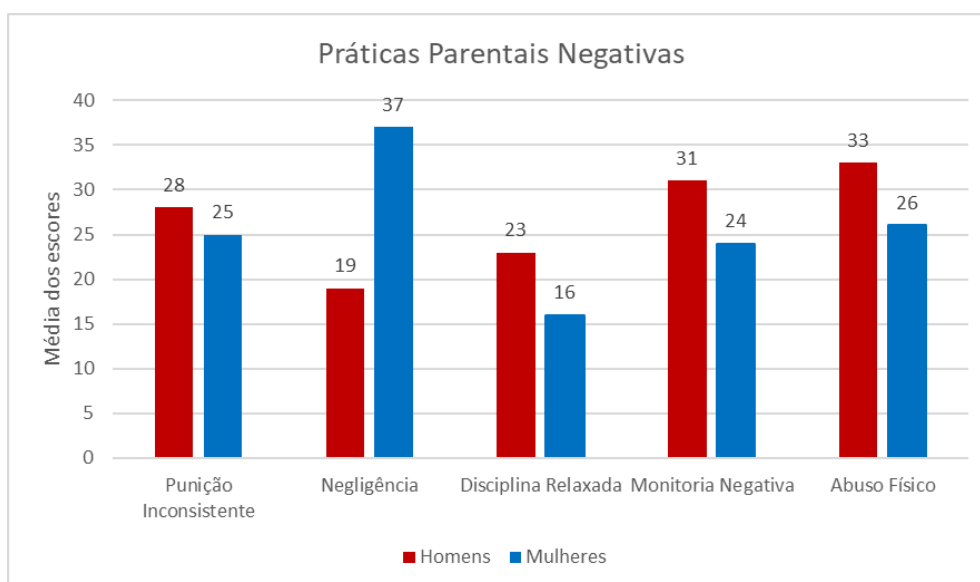


Figura 2. *Escore total das práticas parentais negativas*

Na Figura 2 observa-se que todos os participantes apresentam alta prevalência de fatores negativos, o que pode levar, na maioria dos casos, à apresentação de comportamentos antissociais. Ressalta-se, contudo, a alta incidência sofrida de abuso físico, monitoria negativa e punição inconsistente entre os participantes homens e observa-se a alta incidência de negligência entre as mulheres. Os manejos extremos de disciplinas são apontados na literatura como facilitador do comportamento antissocial, visto que atitudes extremamente autoritárias são tão nocivas quanto a ausência de disciplina (Carvalho & Gomide, 2005). Assim, somados aos outros fatores de vulnerabilidade presentes na vida destes jovens, a prática parental negativa pode ser considerada como um fator preditivo para sua atual situação de privação de liberdade, posto que tais práticas como negligência e abuso físico contribuem para comportamentos agressivos, como mencionado anteriormente (Sampaio & Gomide, 2007).

Na Figura 3 nota-se que os crimes que tiveram maior prevalência são furto, roubo, consumo e tráfico de drogas. Cabe ressaltar que a violência doméstica está presente unicamente nas mulheres, sendo que três delas já cometeram o delito, seja contra irmãs ou parceiras. Em contraste, os homens relataram que nunca cometeram esse tipo de violência. É importante destacar que as infrações destacadas na Figura 3 fazem parte da trajetória histórica de infrações dos participantes, desde quando eram adolescentes, tendo cumprido medida socioeducativa, no entanto, não significa que a privação de liberdade atual foi resultante de um desses crimes mencionados. Considera-se assim, que o consumo de drogas na população de risco deve ser encarado não como problema de encarceramento e sim como um problema de saúde pública, pois são inúmeras as razões que levam estes a consumir entorpecentes e conseqüentemente acabam entrando no tráfico de drogas. Neste sentido, faz-se importante mencionar a importância das relações vivenciadas por estes jovens, sendo descrito no Quadro 1 as infrações cometidas pelos participantes e suas famílias, sejam elas da família nuclear ou extensa.

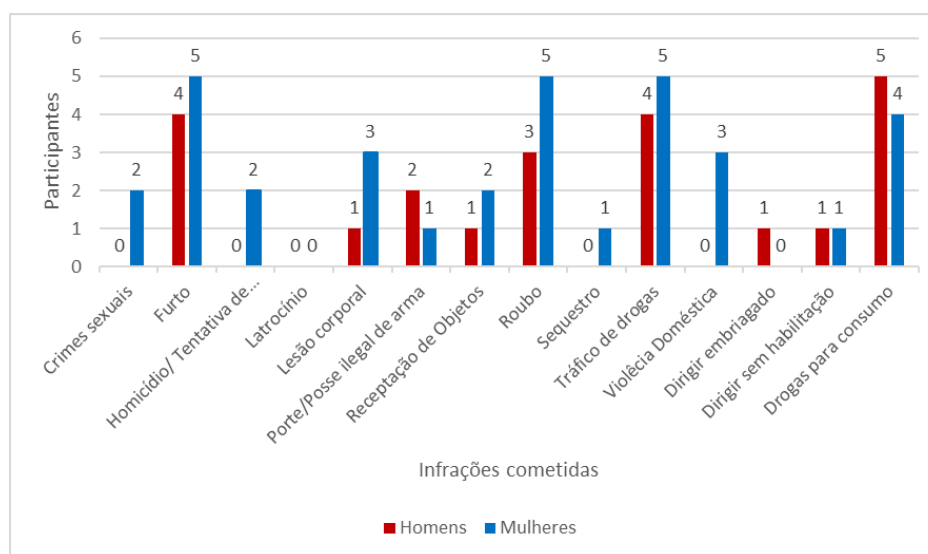


Figura 3. *Histórico de Infrações dos Participantes*

Nota. A figura apresenta as infrações cometidas pelos participantes da pesquisa. Na linha horizontal consta os tipos de infrações e na linha vertical o número de participantes que cometeram tais infrações.

Quadro 1. *Infrações cometidas pelos participantes e sua família nuclear e extensa*

	Mulheres		Homens	
	Participantes	Familiares	Participantes	Familiares
Infrações Graves	31	13	15	33
Infrações Leves	9	9	6	1

No Quadro 1 demonstra a soma das práticas delituosas pelos participantes e as de seus familiares por meio do IHF. Percebe-se uma diferença de gênero com relação às infrações graves, colocando as mulheres como maiores infratoras, no entanto a família no caso dos homens se apresenta como um fator de maior risco. Cabe mencionar que os familiares que apresentam maior recorrência em infrações são os irmãos, primos e tios e finalmente os pais.

DISCUSSÃO

O estresse precoce na infância, caracterizado pelas experiências traumáticas como abusos, negligências, abandono, violência intrafamiliar, acarreta reais fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias, com danos à vida profissional, pessoal e psíquica. Assim, quando há práticas educativas negativas por parte dos pais ou cuidadores, há consequências no desenvolvimento saudável da infância e da adolescência. Tais aspectos corroboram também para os comportamentos de risco comportamentais e sexuais (Martins-Monteverde et al., 2017; Peker et al., 2020). Além deste aspecto, quem sofreu violências repetidas na infância, além dos impactos em sua saúde mental, tem a propensão em se envolver em relacionamentos violentos e não perceber a situação de perigo, tendo a sensação de impotência na relação (Hébert et al., 2017).

De acordo com os resultados apontados do IEP e o do IHF é possível vislumbrar que as práticas parentais que os participantes estavam expostos no seu histórico de vida podem ter sido influência no desenvolvimento de comportamentos antissociais. Isto é possível, considerando que todos os participantes tiveram práticas parentais de risco, dentre elas a ocorrência de punição, monitoria negativa e negligência. Tais fatores contribuem para o desenvolvimento de comportamentos agressivos, delinquência, ansiedade, depressão, risco de suicídio, causando prejuízos tanto no campo da saúde mental e conseqüentemente no comportamento social.

Com tais informações, indaga-se sobre qual a repercussão desta falta de suporte parental nos comportamentos destes participantes, bem como os comportamentos violentos e a negligência, de modo a ter contribuído para os efeitos negativos em suas trajetórias de vida, como por exemplo, o abuso de álcool e drogas, o abandono escolar e a inserção no mundo criminoso. Além disso, Alves e Dell'Aglio (2015) descrevem o quanto a falta de apoio social, sobretudo da família e a falta de engajamento na escola, contribuem para o aumento de comportamento

de risco e infracional em adolescentes. Ademais, interações familiares conflituosas e negativas são significativas no desenvolvimento de problemas emocionais e de comportamentos, como por exemplo o aparecimento de transtornos mentais, podendo ser dividido em duas categorias: internalizantes, como a depressão e a ansiedade, e externalizantes como comportamentos agressivos e antissociais (Paixão et al., 2018).

Outro aspecto demonstrado por este estudo, é que além dos participantes terem cometido atos infracionais desde a adolescência, seus familiares também cometeram atos criminosos, o que aponta para uma possível relação entre a influência do adolescente a seguir um caminho por condutas infracionais, posto que o contexto no qual estes estão inseridos influenciam diretamente em suas atitudes na sociedade. Neste ponto, é importante ressaltar que o histórico infracional familiar não implica necessariamente que todos os membros da família seguirão o mesmo caminho, visto que há pessoas que conseguem superar esses desafios e tomar decisões positivas em suas vidas. A intervenção precoce, o apoio emocional, a educação e as oportunidades adequadas podem desempenhar um papel significativo na interrupção de ciclos de comportamento infracional em famílias.

Nesta mesma direção, Gomide (2022) discorre que não há um consenso na literatura sobre qual genitor apresenta maior risco para o desenvolvimento de comportamentos infratores: se o pai ou a mãe com comportamento criminoso é mais prejudicial para filhos e filhas. No entanto, pesquisas evidenciam que além dos genitores, existe a influência de irmãos e outros familiares como fator de risco para o futuro desenvolvimento de comportamento antissocial (Farrington et al., 2001; Walters, 2017). Além disso, a família como um todo pode se configurar como um importante fator de risco, em que as prisões de tios, tias, avôs e avós podem corroborar com a delinquência de um indivíduo (Decker & Van Winkle, 1996; Farrington et al., 2001). Ressalta-se, contudo, que para além da influência do comportamento infrator de familiares, a prática de crime ou atos infracionais está ligada à exposição de outros fatores de risco (Besemer et al., 2017), como a exposição precoce a violência, álcool, drogas, vulnerabilidade social, dentre outros.

Nesta mesma perspectiva, o estudo de Gomide et al. (2022) aponta que há grande possibilidade da repetição do padrão de envolvimento de membros da mesma família em comportamentos criminosos, delinquentes ou infracionais ao longo do tempo, podendo ser diminuído se houver uma intervenção precoce, não apenas com os infratores, mas com direcionamento de ações psicossociais que promovam a prevenção à violência e promoção de direitos das crianças e adolescentes expostos desde cedo ao crime que perpassa o ciclo intergeracional. Tal intervenção deve ser realizada com a família, comunidade e outros órgãos de proteção.

Diante do exposto, ressalta-se a importância do instrumento IEP para avaliar as disposições parentais de risco, a relação entre tais comportamentos e as consequências negativas destes na vida dos filhos, como citado neste trabalho, bem como contribui para que profissionais possam intervir de maneira preventiva e protetiva na relação de pais e filhos que possam vir a ter comportamentos anti-sociais (Gomide, 2006). Nesse sentido, sugere-se intervenções como as

mencionadas por Gomide (2022) como a participação em programas de intervenção em grupos, individuais e/ou familiares com psicólogos e psicoterapia especializada, bem como intervenção diretamente com pais para educar seus filhos de forma positiva, como por exemplo o programa ACT (Raising Safe Kids), o qual foi criado em 2001 pela Associação Americana de Psicologia (APA), nos Estados Unidos, e tem o objetivo de fortalecer as famílias e melhorar as práticas parentais positivas de cuidadores com crianças até 8 anos de idade, baseando-se nos estudos que apontam que nessa fase a criança está desenvolvendo habilidades que terão impacto por toda a sua vida (Altafim & Linhares, 2016).

Por fim, é preciso que haja uma ação conjunta entre sociedade civil e Estado a fim de dirimir os fatores sociais de risco e estressores, bem como que hajam ações preventivas e protetivas na educação de filhos para que se tornem pessoas com um desenvolvimento saudável, com condições psíquicas para poderem construir suas vidas profissionais, com oportunidades e ter um repertório ampliado sobre as escolhas de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a CAPES e ao CNPQ pelo apoio financeiro nas bolsas concedidas nas modalidades de Mestrado e Iniciação Científica da segunda e quinta autora. E um agradecimento especial aos participantes da pesquisa, por nos permitir ser as suas vozes.

REFERÊNCIAS

- Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2016). Universal violence and child maltreatment prevention programs for parents: A systematic review. *Psychosocial Intervention, 25*(1), 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.10.003>
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Apoio Social e Comportamentos de Risco na Adolescência. *Psico, 46*(2), 165. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2015.2.18250>
- Besemer, S., Ahmad, S. I., Hinshaw, S. P., & Farrington, D. P. (2017). A systematic review and meta-analysis of the intergenerational transmission of criminal behavior. *Aggression and Violent Behavior, 37*, 161–178. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.10.004>
- Decker, S. H., & Van Winkle, B. (1996) *Life in the gang*. Cambridge University Press.
- Departamento Penitenciário Nacional (2022). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias*. Ministério da Justiça.

- Fundação Abrinq (2021). Cenário da Infância e da Adolescência 2021 (1ª ed). <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2021-04/cenario-da-infancia-e-da-adolescencia-2021.pdf>
- Falcke, D.; Da Rosa, L. W., & Steigleder, V. A. T. (2012). Estilos parentais em famílias com filhos em idade escolar. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 5(2), 282-293.
- Farrington, D. P., Jolliffe, D., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Kalb, L. M. (2001). The concentration of offenders in families, and family criminality in the prediction of boys' delinquency. *Journal of Adolescence*, 24(5), 579–596. <https://doi.org/10.1006/jado.2001.0424>
- Gomide, P. I. (2006). Inventário de Estilos Parentais: Modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. Vozes.
- Gomide, P. I. C., Dallaqua, M. F., & Cortez, P. A. (2022). Parâmetros psicométricos do Inventário de Histórico Infracional Familiar (IHIF). *Avaliação Psicológica*, 21(3), 284–292. <https://doi.org/10.15689/ap.2022.2103.20347.04>
- Gomide, P. I. C., & Dallaqua, M. F. (2022). *Inventário de Histórico Infracional Familiar – Manual do IHIF*. Editora Juruá.
- Hébert, M., Daspe, M.-È., Blais, M., Lavoie, F., & Guerrier, M. (2017). Agression sexuelle et violence dans les relations amoureuses: le rôle médiateur du stress post-traumatique. *Criminologie*, 50(1), 157–179. <https://doi.org/10.7202/1039800ar>
- Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., & Segata, J. (2021). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. *Série Informação para ação na Covid-19*. Fiocruz.
- Martins-Monteverde, C. M. S., Padovan, T., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 50(supl.1), 37-50. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p37-50>
- Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell’Aglia, D. D. (2018). Relações entre Violência, Clima Familiar e Transtornos Mentais na Adolescência. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 109–122. <https://doi.org/10.36298/gerais2019110109>
- Peker, A., Cengiz, S., & Çelik, A. K. (2020). The effect of psycho-education program developed for sexual abuse on counseling teachers’ reporting sexual abuse and information and risk recognition attitudes. *International Journal of Education and Literacy Studies*, 8(4), 74. <https://doi.org/10.7575/aiac.ijels.v.8n.4p.74>
- Sampaio, I. T. A., & Gomide, P. I. C. (2007). Inventário de estilos parentais (IEP) - Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. *Psicologia Argumento* 25(48), 15–26. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-481773>
- Siqueira, D. P., & Andreoli, S. M. (2019). A vulnerabilidade das mulheres encarceradas e a justiça social: O importante papel da educação na efetividade no processo de

ressocialização. *Revista Direito Em Debate*, 28(51), 61–77. <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2019.51.61-77>

Secretaria Nacional de Políticas Penais (2022). Dados Estatísticos do Sistema Penitenciário. <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen>

Walters, G. D. (2017). Sibling Delinquency as a Risk Factor for Future Offending. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 16(4), 343–357.

Atas do 15º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Luís Querido, Alexandra Ferreira-Valente, Marta Reis, Paulo Chaló, & Ana Rita Antunes
31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2024, Almada: Egas Moniz School of Health & Science

FUNCIONAMENTO EMOCIONAL E COGNITIVO DE SOBREVIVENTES DE CANCRO DO INTERIOR DE PORTUGAL

Salomé Santos¹, Rita Lourenço¹, Jorge Costa^{1,2}, & Ana Torres^{1,3,4} (ana.carla.torres@ubi.pt)

¹Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

²Centro de Investigação em Desporto, Saúde e Desenvolvimento, CIDESD, Vila Real, Portugal

³CINTESIS@RISE, Departamento de Educação e Psicologia, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal;

⁴Academia Portuguesa de Psico-oncologia, Lisboa, Portugal.

A doença oncológica é uma realidade com um crescimento progressivo na população ocidental, estimando-se que o número de novos casos aumente cerca de 70% nos próximos vinte anos (Miranda & Portugal, 2016; Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2020). A taxa de mortalidade associada a esta patologia está em constante aumento em todo o mundo (Sociedade Portuguesa de Oncologia, 2020). Tanto em Portugal como no resto do mundo, apresenta-se como uma das doenças com maior incidência, associada a importantes implicações a nível físico, social e psicológico. O cancro tem um impacto significativo na qualidade de vida, diminuída na presença desta doença, considerando-se um dos principais problemas de saúde do século XXI (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2022).

O cancro de mama é o tipo de cancro mais comum no sexo feminino, não considerando o cancro da pele, correspondendo na atualidade à primeira causa de morte por cancro na mulher (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2023a; Moreira et al., 2008). Esta é uma das doenças com maior impacto na nossa sociedade, não só devido à sua frequência, prevalência e associação a uma imagem muito grave, mas também porque o órgão em causa tem muito simbolismo na feminilidade e na maternidade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2023a; Sociedade Portuguesa de oncologia, 2020). A esta doença estão associados uma multiplicidade de fatores de risco como a idade (a probabilidade de ter cancro de mama aumenta com a idade, sendo identificado os 60 anos como a idade de maior risco), ter um historial pessoal de cancro da mama (a existência de um cancro numa mama no passado aumenta a probabilidade de ter a mesma doença na outra mama), história familiar, alterações na mama, alterações genéticas, inatividade física e maior ingestão de bebidas alcoólicas (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2023b).

Apesar do diagnóstico da doença oncológica ainda continuar a ser visto pela sociedade em geral como uma doença fatal, de cura muito rara e de difícil alcance (Ferreira et al., 2016), o desenvolvimento de novos métodos de deteção precoce e novas abordagens de tratamento, têm aumentado significativamente a esperança média de vida dos sobreviventes de cancro (Lange

et al., 2019; Mostafaei et al., 2021; Pilevarzadeh et al., 2019; Pinto & Ribeiro, 2006; Wondimagegnehu et al., 2019). Esta população enfrenta desafios de saúde únicos como consequência do diagnóstico e do impacto dos tratamentos na sua saúde física e psicológica (Campbell et al., 2019). Declínios no funcionamento físico e qualidade de vida são experienciados por sobreviventes de cancro que simultaneamente se deparam com o aumento do risco de recorrência da doença, o que provoca mortalidade quando comparada com pessoas sem cancro (Campbell et al., 2019; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). O impacto da doença oncológica a nível emocional e cognitivo é bem sustentado na literatura científica, tendo a nível emocional uma elevada taxa de prevalência e incidência, nomeadamente de perturbações de ansiedade e depressão (Ferreira et al., 2016; Kaisser et al., 2019). Contudo, a nível cognitivo os dados presentes na literatura revelam-se mais difusos, não sendo amplamente conhecidos e consensuais (Lange et al., 2019). Alguns estudos salientam a existência de um conjunto de fatores de risco que estão na possível causa do prejuízo cognitivo em sobreviventes de cancro (Kaisser et al., 2019). Entre eles, destacam-se os procedimentos terapêuticos utilizados no tratamento (ex. quimioterapia, radioterapia, imunoterapia), bem como o tipo de tumor e a sua fase de diferenciação (Ahles & Saykin, 2007). O impacto da doença oncológica a nível cognitivo, na literatura apresenta uma classificação diagnóstica determinada, nomeadamente, o comprometimento cognitivo secundário ao cancro (CRCI) (Oliveira et al., 2022; Országhová et al., 2021). Este comprometimento é caracterizado por alterações em diversos domínios da cognição, nomeadamente ao nível da atenção, velocidade do processamento da informação, memória verbal, memória de trabalho e função executiva (Lange et al., 2019). No entanto, tais alterações supramencionadas, para além de não serem consensuais ao nível da literatura, a gravidade do declínio cognitivo também é pouco conhecida. O impacto psicológico é enorme e de longa duração (Doyle, 2008). Um diagnóstico de cancro aumenta a probabilidade de sentir ansiedade e perturbações de humor, que podem afetar o bem-estar emocional e social, levando em última análise a interrupções de tratamento e a uma diminuição da sobrevivência (Loh et al., 2019). A depressão pode ser caracterizada como a presença de tristeza, vazio ou humor irritável acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013). Na população oncológica a depressão é um dos principais problemas psicológicos, estando associada a uma disfunção e a uma diminuição da sobrevivência (Mostafaei, 2021; Pilevarzadeh et al., 2019; Srivastava et al., 2016; Wondimagegnehu et al., 2019).

A antecipação de uma ameaça futura, caracteriza a ansiedade (American Psychiatric Association, 2013). Neste sentido, a literatura diz-nos que na fase de sobrevivência observa-se também uma elevada prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade (Carreira et al., 2018; Maass et al., 2015). Ambas as condições supracitadas são consequências a longo prazo do diagnóstico de cancro, que acarretam efeitos prejudiciais na qualidade de vida, na aderência aos tratamentos e potencialmente na sobrevivência (Götze et al., 2020; Wu & Harden, 2015). A população oncológica quando comparada com a população em geral apresenta uma probabilidade 5 vezes superior de manifestar sintomas depressivos (Götze et al., 2020). Num

estudo de Romito et al. (2020), 17 % apresentava níveis leves, 12% moderados e 8% severos de sintomatologia depressiva. Vários estudos analisaram a existência de fatores de risco para desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa em amostras de sobreviventes de cancro, identificando que ser jovem e ser mulher são fatores significativos para a existência e aumento desta sintomatologia (Götze et al., 2020).

O aumento da esperança média de vida resultante do desenvolvimento de novos métodos de deteção e tratamento da doença oncológica, deu origem à terminologia “sobreviventes de cancro” que tem vindo a ser usada há algumas décadas, apesar de não haver um consenso para a sua definição (Pinto & Ribeiro, 2006). Tem-se testemunhado um esforço para a definição e operacionalização deste conceito no campo da psico-oncologia (Moreira et al., 2008). No presente estudo foram tidos em conta os estudos de Gosain e Miller (2013), no que diz respeito ao conceito de sobrevivente de cancro. Assim, os autores supracitados definem que a maioria dos sobreviventes de cancro “está livre de cancro”, embora alguns sobreviventes tenham efeitos tardios ou a longo prazo dos tratamentos ou desenvolvam segundos cancros ou cancros secundários (Gosain & Miller, 2013). Em 1985, Mullan foi um dos primeiros a definir as várias fases da sobrevivência. Sugeriu que a primeira fase tem início com o diagnóstico, e é definida e dominada pelos tratamentos. Este mesmo autor estabelece uma segunda fase, “*Extended Survival*”, na qual os pacientes já se encontram em remissão, e/ou já passaram a fase mais crítica dos tratamentos. “*Permanent Survival*” é a terceira fase definida onde estão incluídas diferentes dimensões para além da cura, vitória sobre a doença (Gosain & Miller, 2013; Mullan, 1985). Posteriormente, surgiu um modelo revisto com várias fases da sobrevivência, onde está incluída a sobrevivência aguda, a sobrevivência transitória, a sobrevivência prolongada, a sobrevivência crónica e permanente (Figura 1) (Gosain & Miller, 2013). Assim, no que respeita ao conceito de sobrevivente de cancro podemos identificar alguns atributos, um processo que se inicia com o diagnóstico, a incerteza, uma experiência de mudança de vida, um processo que envolve uma dualidade entre aspetos positivos e negativos e como sendo um processo individual com universalidade (Doyle, 2008).

Sobrevivência Aguda (Diagnóstico e tratamentos iniciais)	Sobrevivência Transitória (Conclusão do tratamento e retorno à normalidade)	Sobrevivência Prolongada (Observação e vigilância)	Sobrevivência Crónica (“Viver com cancro” como uma doença crónica ativa ou em remissão)	Sobrevivência Permanente (Sobrevivência a longo prazo livre da doença)
--	---	--	---	--

Figura 1. *Diferentes fases da Sobrevivência (adaptado de Gosain & Miller, 2013)*

Apesar de todos os avanços registados no tratamento do cancro, é reconhecido que existem disparidades que persistem nos resultados de sobrevivência de cancro (Chan et al., 2021). Existem populações que beneficiam muito pouco com os avanços na prevenção, deteção precoce, tratamento e cuidados na sobrevivência (Alcatraz et al., 2020). Determinantes sociais

na saúde, fatores que afetam a saúde para além de fatores biológicos e hereditários como o emprego, o rendimento, a habitação, a nutrição e o transporte são uma importante fonte de disparidade e desigualdade no tratamento do cancro e nos seus resultados (Alcatraz et al., 2020; Chan et al., 2021). Muitas mortes podiam ter um carácter potencialmente evitável, mas continuam a ocorrer, sendo notável a desproporção em populações mais desfavorecidas (Alcatraz et al., 2020). Apesar do conhecimento global, vários autores têm recomendado o estudo de populações menos estudadas. Verifica-se que existe escasso conhecimento sobre os sobreviventes de cancro da Beira Interior de Portugal, por isso este estudo tem como objetivo fazer a avaliação emocional e cognitiva, objetiva e subjetiva, de sobreviventes de cancro da mama do interior de Portugal. Neste sentido formulam-se para o presente estudo diferentes hipóteses de estudo:

H1: Os sobreviventes oncológicos apresentam sintomatologia depressiva e de ansiedade;

H2: Os sobreviventes oncológicos apresentam alterações cognitivas percebidas;

H3: As queixas cognitivas percebidas pelas sobreviventes oncológicas apresentam associação com as variáveis emocionais (como sintomatologia de ansiedade e depressão);

H4: As queixas cognitivas percebidas pelas sobreviventes oncológicas apresentam associação com as alterações cognitivas objetivas (avaliadas por testes neuropsicológicos).

MÉTODO

Participantes

Participaram 24 sobreviventes de cancro da mama do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 42 e os 71 anos ($M = 57,13$; $DP = 8,227$). Para formular a referida amostra foram tidos em consideração diversos critérios de exclusão nomeadamente a presença de metástases ou algum tumor que não o principal; ter sido diagnosticada com epilepsia, demência, perturbação de hiperatividade com défice de atenção ou outra doença que possa afetar as suas funções cerebrais; sofrer ou ter sofrido algum outro tipo de lesões cerebrais, por exemplo acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico não relacionadas com a doença oncológica; já apresentou ou apresenta algum problema de dependência ou abuso de drogas ou álcool; já ter sido diagnosticada com alguma perturbação psicológica nomeadamente episódio depressivo, de ansiedade, ou outro.

Material

Questionário sociodemográfico e clínico, consiste na recolha de variáveis demográficas (sexo, idade, estado civil, situação profissional) e de caracterização da situação clínica (tipo de cancro, tempo de sobrevivência, tratamentos realizados, fase de evolução da doença, outros problemas de saúde).

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) é um instrumento fiável para o rastreio de ansiedade e depressão clinicamente significativa. Este instrumento mostra-se como uma medida válida da gravidade destas perturbações de humor (Zigmond & Snaith, 1983). Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al. (2006).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) é um instrumento rastreio de saúde mental, sendo amplamente usado na população em geral, desenvolvido especificamente para a avaliação da depressão e os seus graus de severidade. Relativamente às suas propriedades psicométricas PHQ-9 revela-se um teste adequado e válido (Torres et al., 2013).

The Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function-Version 3 (FACT-COG-V3) foi desenvolvido especificamente para avaliar queixas cognitivas em pacientes adultos com cancro (Oliveira et al., 2022). É uma medida relativamente breve que incorpora diversas dimensões como “comprometimento cognitivo percebido” (CogPCI), “comentários dos outros” (CogOth), “capacidades cognitivas percebidas” (CogPCA) e “*impacto na qualidade de vida*” (CogQoL) (Oliveira et al., 2022).

Trail Making Test A and B (TMT A and B) é amplamente utilizado ao nível da avaliação neuropsicológica, tendo como objetivo principal proceder à avaliação de diferentes dimensões da cognição, nomeadamente, ao nível da velocidade de processamento da informação, controlo atencional, monitorização e flexibilidade cognitiva. Este instrumento foi validado para a População Portuguesa, existindo atualmente normas padronizadas em função da idade e escolaridade (Cavaco, et al., 2013).

Rey's Auditory-Verbal Test (AVLT), foi desenvolvido por Rey em 1958, e a sua principal função é avaliar a memória e a capacidade de aprendizagem de novas informações (Cavaco et al., 2008). É caracterizado como sendo um teste sensível ao défice mnésico, nomeadamente a capacidade de consolidação de informação (Cavaco et al., 2015).

Digit Memory é um subteste da WAIS-III que foi desenvolvida por David Wechsler e validada para a população portuguesa (Wechsler, 2008). É um subteste verbal em que é avaliada habilidades atencionais e a memória de trabalho. É caracterizado por ter duas formas de aplicação complementares, nomeadamente, a evocação de dígitos em sentido direto e a evocação de dígitos em sentido inverso (Wechsler, 2008).

Procedimento

A amostra em estudo foi recolhida por conveniência num projeto da UBI dedicado a esta população. Para ser possível esta recolha foi solicitada a autorização da comissão ética da

Universidade da Beira Interior. Junto de cada participante foi solicitado o seu consentimento informado para a sua participação. Foram cumpridos todos os critérios éticos e deontológicos. Para a avaliação emocional recorreu-se a questionários de autorresposta, a avaliação cognitiva decorreu num local sem distratores.

Análise de dados

Com o objetivo de analisar os níveis de ansiedade e depressão da amostra recorreu-se a uma análise de frequências para compreender os níveis de depressão e ansiedade, que foram possíveis avaliar com recurso aos instrumentos supracitados. Após esta análise, foram realizadas correlações de Spearman entre as diversas variáveis em estudo de modo a avaliar a associação entre estas. Para a realização da análise estatística, foi utilizado o programa estatístico SPSS (v.28, SPSS Inc; Chicago, IL.).

RESULTADOS

Os níveis de depressão e ansiedade desta amostra foram avaliados através das subescalas de ansiedade e depressão da HADS e da escala PHQ-9. Através da análise de resultados apresentados no Quadro 1, é possível observar níveis tangenciais de ansiedade avaliados pela subescala de ansiedade da HADS, e também níveis tangenciais de sintomatologia depressiva leve avaliados pelo PHQ-9. Assim, aceita-se a hipótese nula da H1 “Os sobreviventes oncológicos não apresentam sintomatologia depressiva e ansiedade”. Observa-se ainda que a escala PHQ-9, ao detetar níveis de sintomatologia depressiva tangenciais, parece apresentar maior sensibilidade a estes sintomas nesta população.

Quadro 1. *Níveis de depressão e ansiedade da amostra*

Variável	Média	DP
HADS_Ansiedade	7,4286	5,11441
HADS_Depressão	4	3,09839
PHQ-9	5,19	4,020

As queixas cognitivas percebidas da amostra foram avaliadas com recurso ao Fact-Cog. De acordo com a validação portuguesa (Oliveira et al., 2022), os resultados da nossa amostra da região da beira interior encontram-se dentro dos valores normativos para a população portuguesa (Quadro 2). Tendo em consideração os dados apresentados aceita-se hipótese nula de H2 “Os sobreviventes oncológicos não apresentam alterações cognitivas percebidas”. Estes resultados apontam para o facto de as sobreviventes oncológicas da Beira Interior apresentarem

alterações cognitivas percebidas dentro dos valores normais para a população nacional de sobreviventes de cancro.

Quadro 2. *Níveis de queixas cognitivas percebidas*

Variável	Média	DP
Fact-Cog-PCI	48,6793	25,94799
Fact-Cog-Oth	13,8500	3,21632
Fact-Cog-Qol	10,0500	4,54770
Fact-Cog-PCA	19,4000	8,75034

Nota. DP: Desvio Padrão; CogPCI: comprometimento cognitivo percebido; CogOth: comentários dos outros; CogPCA: capacidades cognitivas percebidas; CogQoL: impacto na qualidade de vida

Com o intuito de perceber a relação entre as variáveis emocionais e as cognitivas percebidas recorreu-se a uma Correlação de Spearman para a análise do supracitado. Assim, foi possível observar correlações estatisticamente significativas entre as variáveis emocionais e as variáveis cognitivas percebidas. Os sintomas de ansiedade apresentam uma correlação estatisticamente significativa negativa com a subescala do Fact-Cog CogOth ($rS = -0,500$, $p = 0,025$), com a subescala do Fact-Cog CogPCA ($rS = -0,484$, $p = 0,031$), com a subescala do Fact-Cog CogQOL ($rS = -0,780$, $p < 0,001$). No que diz respeito à subescala de depressão da HADS foram possíveis observar correlações estatisticamente significativas negativas com três das quatro subescalas do Fact-Cog, CogOth ($rS = -0,588$, $p = 0,006$), CogPCA ($rS = -0,546$, $p = 0,013$), CogQOL ($rS = -0,696$, $p < 0,001$). A escala PHQ-9 apresenta uma correlação estatisticamente significativa negativa com as quatro subescalas do Fact-Cog, CogPCI ($rS = -0,576$, $p = 0,008$), CogOth ($rS = -0,712$, $p < 0,001$), CogPCA ($rS = -0,740$, $p < 0,001$) e CogQOL ($rS = -0,696$, $p = 0,006$). No quadro 3 é possível observar as correlações referidas.

Rejeita-se assim a hipótese nula da H3, aceitando-se a hipótese alternativa “As queixas cognitivas percebidas pelas pessoas são influenciadas pelas variáveis emocionais (como sintomatologia de ansiedade e depressão)”.

Quadro 3. *Correlações de Spearman entre variáveis emocionais e variáveis cognitivas percebidas.*

Variáveis	CogPCI	CogOth	CogPCA	CogQOL
HADS_Ansiedade	-0,371	-0,500*	-0,484*	-0,780**
HADS_Depressão	-0,416	-0,588**	-0,546*	-0,696**
PHQ-9	-0,576**	-0,712**	-0,740**	-0,625**

Nota. ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; CogPCI: comprometimento cognitivo percebido; CogOth: comentários dos outros; CogPCA: capacidades cognitivas percebidas; CogQoL: impacto na qualidade de vida

Com o intuito de perceber a relação entre as variáveis cognitivas objetivas (através de testes neuropsicológicos) e cognitivas percebidas, recorreu-se a uma Correlação de Spearman

(Quadro 4). Através desta análise foi possível observar a não existência de correlações estatisticamente significativas entre os valores cognitivos objetivos e os percebidos. Assim, observa-se que as quatro subescalas do Fact-Cog (CogPCI, CogOth, CogPCA, CogQOL) não se correlacionam significativamente com as variáveis cognitivas objetivas (AVLT_EI, AVLT_AP, AVLT_IR, TMT_A, TMT_B e Memória de Dígitos). Assim, não se rejeita a hipótese nula de H4, não se podendo aceitar a hipótese alternativa “As queixas cognitivas percebidas pelas sobreviventes oncológicas apresentam associação com as alterações cognitivas objetivas (avaliadas por testes neuropsicológicos)”.

Quadro 4. *Correlações de Spearman entre variáveis cognitivas objetivas e variáveis cognitivas percebidas.*

Variáveis	CogPCI	CogOth	CogPCA	CogQOL
AVLT_EI				
<i>rS</i>	0,166	0,234	0,257	0,188
<i>p</i>	0,538	0,383	0,337	0,486
AVLT_AP				
<i>rS</i>	0,173	0,130	0,095	0,127
<i>p</i>	0,521	0,633	0,727	0,639
AVLT_IR				
<i>rS</i>	0,158	0,216	0,209	0,323
<i>p</i>	0,560	0,422	0,437	0,222
TMT_A				
<i>rS</i>	-0,244	-0,198	-0,007	-0,221
<i>p</i>	0,363	0,462	0,978	0,410
TMT_B				
<i>rS</i>	0,010	-0,479	-0,184	-0,180
<i>p</i>	0,970	0,061	0,495	0,505
Memória de Dígitos				
<i>rs</i>	0,077	0,274	0,161	0,075
<i>p</i>	0,776	0,305	0,551	0,782

Nota. RS: Correlação de Spearman; p: Nível de Significância; CogPCI: comprometimento cognitivo percebido; CogOth: comentários dos outros; CogPCA: capacidades cognitivas percebidas; CogQoL: impacto na qualidade de vida

DISCUSSÃO

O presente estudo vem contribuir com dados sobre o funcionamento emocional e cognitivo das sobreviventes de cancro da mama da região da Beira Interior, mais especificamente, com a avaliação dos níveis de sintomatologia de ansiedade e de depressão, bem como, com a avaliação do funcionamento cognitivo percebido e objetivo.

Muitos dos sintomas relatados pelos sobreviventes incluem depressão, ansiedade e limitações cognitivas que persistem muitos anos após o diagnóstico (Harrington et al., 2010). Os resultados obtidos revelam que as sobreviventes de cancro da mama da região da Beira Interior apresentam, em média, níveis de sintomatologia de depressão e de ansiedade normativos, ainda

que se observem valores tangenciais de ansiedade e de depressão. Verificou-se que o PHQ-9 detetou sintomatologia depressiva tangencial leve, ao contrário da HADS, o que pode indicar que o PHQ-9 apresenta maior sensibilidade à deteção desta sintomatologia nesta população. Ao contrário do obtido no presente estudo, outros têm indicado que a população de cancro da mama apresenta níveis elevados de depressão (Pilevarzadeh et al., 2019). Segundo um estudo de Oliveira et al. (2023), a população oncológica apenas revelou níveis mais elevados de depressão quando comparados com um grupo saudável.

A avaliação das alterações cognitivas percebidas da amostra revelou que a mesma apresenta níveis normativos quando comparados com a população portuguesa de cancro da mama, conforme o estudo apresentado por Oliveira et al. (2022). De acordo com Pullens et al. (2010) a população oncológica tem mais probabilidade de apresentar disfunção cognitiva percebida do que grupos saudáveis.

O presente estudo procurou perceber se as queixas cognitivas percebidas pelas pessoas estão associadas a variáveis emocionais, e os dados obtidos demonstram que as variáveis supramencionadas de facto apresentam associação com as queixas cognitivas percebidas. Os dados obtidos estão em concordância com outros estudos realizados, que indicam que existe uma associação entre as queixas cognitivas percebidas e ansiedade, depressão, fadiga e um nível mais baixo de saúde global (Oliveira et al., 2022; Pullens et al., 2010).

No presente estudo os dados obtidos revelam que as queixas cognitivas percebidas não estão associadas ao funcionamento cognitivo objetivo (avaliado por testes neuropsicológicos). Estes dados vão ao encontro com o estudo de Pullens et al. (2010), que indica que as queixas cognitivas percebidas são influenciadas e encontram-se relacionadas com variáveis emocionais, não sendo influenciadas por variáveis cognitivas indicativas de disfunção cognitiva. Deste modo, os resultados sugerem que o funcionamento cognitivo percebido poderá estar mais relacionado com alterações emocionais do que alterações das funções cognitivas propriamente ditas, ou que, por outro lado, as medidas de avaliação cognitiva utilizadas poderão não ser sensíveis na deteção de comprometimento cognitivo relacionado com o cancro.

As sobreviventes de cancro da mama da região da Beira Interior revelam um funcionamento emocional e cognitivo dentro do que se tem observado na população portuguesa. O funcionamento cognitivo percebido destas sobreviventes apresenta estar mais relacionado com alterações emocionais do que com alterações das funções cognitivas, pois verificam-se associações com a ansiedade e a depressão, não se observando com os instrumentos de avaliação do funcionamento cognitivo objetivo.

Afirma-se assim a importância da promoção da saúde mental das sobreviventes oncológicas, bem como, a monitorização do funcionamento emocional com instrumentos adequados de avaliação da sintomatologia depressiva e ansiosa, com vista à deteção de níveis psicopatológicos o mais precoce possível e a adequada intervenção, visando-se desta forma também o controle do funcionamento cognitivo percebido. O instrumento de avaliação de

depressão PHQ-9 revelou neste estudo uma elevada sensibilidade a sintomatologia depressiva, pelo que se sugere a continuação do seu estudo e utilização clínica.

Paralelamente, salienta-se a importância da promoção do funcionamento cognitivo das sobreviventes de cancro, também pela associação que apresenta com a sintomatologia emocional. A monitorização do funcionamento cognitivo percebido revela-se, portanto, de fundamental importância clínica, para a adequada intervenção.

Algumas limitações devem ser tidas em consideração na interpretação dos resultados, revelando-se de extrema pertinência na concretização de estudos futuros. Deve também ser tido em conta o tamanho amostral, dado que seria relevante a realização de estudos com uma dimensão amostral maior. De acordo com os resultados cognitivos obtidos, os instrumentos utilizados revelaram-se pouco sensíveis na deteção de alguns valores cognitivos relevantes. Neste sentido seria conveniente a realização de estudos de desenvolvimento e estudo de outros instrumentos que se revelem sensíveis às alterações cognitivas desta população. Estudos futuros devem continuar a avaliar a sintomatologia emocional e cognitiva nas sobreviventes oncológicas e numa população mais alargada, com vista ao conhecimento aprofundado destas variáveis e de como se pode contribuir para o bem-estar global desta população.

REFERÊNCIAS

- Ahles, T. A., & Saykin, A. J. (2007). Candidate mechanisms for chemotherapy-induced cognitive changes. *Nature Reviews Cancer*, 7(3), 192–201. <https://doi.org/10.1038/nrc2073>
- Alcaraz, K. I., Wiedt, T. L., Daniels, E. C., Yabroff, R., Guerra, C. E., & Wender, R. C. (2020). Understanding and Addressing Social Determinants to Advance Cancer Health Equity in the United States: A Blueprint for Practice, Research, and Policy. *Cancer Journal for Clinicians*, 70, 31-46. <https://doi.org/10.3322/caac.21586>.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais* (5ªed.). Climepsi Editores.
- Campbell, K., L., Winters-Stone, K., M., Wiskemann, J., May, A., M., Schwartz, A., L., Courneya, K., S., Zucker, D., S., Matthews, C., E., Ligibel, J., A., Gerber, L., H., Morris, S., Patel, A., V., Hue, T., F., Perna, F., M. & Schmitz, K., H. (2019). Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 51(11), 2375-2390. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002116>
- Carreira H., Williams, R., Müller, M., Harewood, R., Stanway, S. & Bhaskaran, K. (2018). Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. *Journal of the National Cancer Institute*, 110(12), 1311-1327. <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>

- Cavaco, S., Goncalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 28(2), 189–198. <https://doi.org/10.1093/arclin/acs115>
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2015). Auditory Verbal Learning Test in a Large Nonclinical Portuguese Population. *Applied neuropsychology. Adult*, 22(5), 321–331. <https://doi.org/10.1080/23279095.2014.927767>
- Cavaco, S., Pinto, C., Gonçalves, A., Gomes, F., Pereira, A. & Malaquias, C. (2008). Auditory Verbal Learning Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos. *Psychologica*, 49, 208-221.
- Chan, R. J., Nekhlyudov, L., Duijts, S. F. A., Hudson, S. V., Jones, J. M., Keogh, J., Love, B., Lustberg, M. B., Mehnert-Theuerkauf, A., Nathan, P., Ness, K. K., Sheppard, V., Smith, K., Tevaarwerk, A., Yu, X., & Feuerstein, M. (2021). Future research in cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01102-x>
- Doyle, N. (2008). Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. *Journal of advanced Nursing*, 62(4), 499-509.
- Ferreira, A. S., Bicalho, B. P., Neves, L. F. G., Menezes, M. T., Silva, T. A., Faier, T. A., & Machado, R. M. (2016). Prevalência de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e identificação de variáveis predisponentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 62(4), 321-328.
- Götze, H., Friedrich, M., Taubenheim, S., Dietzi, A., Lordick, F., & Mehnert, A. (2020). Depression and anxiety in long-term survivors 5 and 10 years after cancer diagnosis. *Supportive Care in Cancer*, 28, 211-220. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04805-1>
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M., & Todd, B. L. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors— a systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-181.
- Kaiser, J., Dietrich, J., Amiri, M., Ruschel, I., Akbaba, H., Hantke, N., Fließbach, K., Senf, B., Solbach, C., & Bledowski, C. (2019). Cognitive Performance and Psychological Distress in Breast Cancer Patients at Disease Onset. *Frontiers Psychology*, 10, 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02584>
- Lange, M., Joly, F., Vardy, J., Ahles, T., Dubois, M., Tron, L., Winocur, G., De Ruiter, M. B., & Castel, H. (2019). Cancer-related cognitive impairment: an update on state of the art, detection, and management strategies in cancer survivors. *Annals of Oncology*, 30, 1925-1940. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz410>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2022). Aspetos Psicológicos. Acedido a 1 de novembro de 2022 em <https://www.ligacontracancro.pt/aspectos-psicologicos/>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023a). O Cancro de Mama. Acedido a 29 de outubro de 2023 em <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2023b). Fatores de Risco. Acedido a 29 de outubro de 2023 em <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-fatores-de-risco/>

- Loh, K. P., Kleckner, I. R., Lin, P., Mohile, S. G., Canin, B. E., Flannery, M. A., Fung, C., Dunne, R. F., Bautista, J., Culakova, E.; Kleckner, A. S., Peppone, L. J., Janelins, M., McHugh, C., Conlin, A., Cho, J. K., Kasbari, S., Esparaz, B. T., Kuebler, J. P., & Mustian, K. M. (2019). Effects of a Home-based Exercise Program on Anxiety and Mood Disturbances in Older Adults with Cancer Receiving Chemotherapy. *Jornal da Sociedade Americana de Geriatria*, 67(5), 1005–1011. <https://doi.org/10.1111/jgs.15951>
- Maass, S. W. M.C., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F. M., & Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82, 100-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.010>
- Miranda, N., & Portugal, C. (2016). *Portugal – Doenças Oncológicas em Numeros – 2015*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(1), 165-184.
- Mostafaei, F., Azizi, M., Jalali, A., Salari, N., & Abbasi, P. (2021). Effect of exercise on depression and fatigue in breast cancer women undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Heliyon*, 7(7).
- Mullan (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273. <https://doi.org/10.1056/NEJM198507253130421>
- Oliveira, A. F., Santos, I. M., Fernandes, S., Bem-Haja, P., & Torres, A. (2022). Validation study of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function-Version 3 for the Portuguese population. *BMC Psychology*, 10(305), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-01018-w>
- Oliveira, A. F., Torres, A., Teixeira, R. J., Monteiro, S., Pereira A., & Santos, I. M. (2023). Perceived cognitive functioning in breast cancer patients treated with chemotherapy compared to matched healthy women: Evidence from a Portuguese study. *International Journal of Nursing Practice*, 29(3), 1-11. <https://doi.org/10.1111/ijn.13119>
- Országhová, Z., Mego, M., & Chovanec, M. (2021). Long-Term Cognitive Dysfunction in Cancer Survivors. *Frontiers in Molecular Bioscience*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2021.770413>
- Pilevarzadeh, M., Amirshahi, M, Afsargharehbagh, R., Rafemanesh, H., Hashemi, S., & Balouchi, A. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 176, 519-533. <https://doi.org/10.1007/s10549-019-05271-3>
- Pinto, C. & Ribeiro, J. L. P. (2006). Qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 37-56.
- Pinto, C., A., S., & Pais-Ribeiro, J., L. (2007). Sobrevivente de Cancro: uma outra Realidade. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(1), 142-148.

- Pullens, M. J. J., Vries, J. D., & Roukema, J. A. (2010). Subjective cognitive dysfunction in breast cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, *19*, 1127-1138. <https://doi.or/10.1002/pon.1673>
- Romito, F., Cormio, C., Giotta, F., Colucci, G., & Mattioli, V. (2012). Quality of life, fatigue and depression in Italian long-term breast cancer survivors. *Support Care Cancer*, *20*, 2941-2948. <https://doi.org/10.1007/s00520-012-1424-9>
- Sociedade Portuguesa de Oncologia. (2020). Manual de Oncologia SPO: Abordagem e Tratamento do cancro de mama (1ª Ed.). Edit.on.lab.
- Srivastava, V., Ansari, M. A., Kumar, A., Shah, A. G., Meena, R. K., Sevach, P., & Singh, O. P. (2016). Study of Anxiety and Depression among Breast Cancer from North India. *Clinical Psychiatry*, *2*(1:4), 1-7.
- Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., & Albuquerque, E. (2013). 2372 – Preliminary Psychometric Characteristics of The Portuguese Version of Patient Health Questionnaire 9 (phq-9) In a Sample of Portuguese Breast Cancer Women [Abstract]. *European Psychiatry*, *28*(S1), 1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77209](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77209)
- Vaz Serra, A. (1986). O “Inventário Clínico de Auto-conceito”. *Psiquiatria clínica*, *7*(2), 67-84.
- Wechsler, D. (2008). Wais-III, Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos- Terceira Edição (1a Edição, pp. 104–113). Cegoc. (Original work published 1997).
- Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., & Teferra, S. (2019). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer*, *19*(836), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4>
- Wu, H., & Harden, J. K. (2015). Symptom Burden and Quality of Life in Survivorship A Review of the Literature. *Cancer Nursing*, *38*(1), 29-54. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000135>
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>