ATAS DO

11º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques,
Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro (Orgs.)

Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa

ATAS DO

11º CONGRESSO NACIONAL

DE

PSICOLOGIA DA SAÚDE

Editores

Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques,

Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro

Organização

ISCTE Escola de Ciências Sociais e Humanas
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

Apoio

Patrocínio

Pierre Fabre Consumer Health Care

ESCOLAR EDITORA

Nicola

EDIÇÕES SÍLABO, Lda.
Publicamos conhecimento

Vitalis

KEV

Ficha Técnica

Título: Atas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Editores: Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
1ª Edição, Janeiro 2016
ISBN-978-989-98855-3-0
Capa e grafismo: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa
Composição: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, Lisboa

ÍNDICE

Preâmbulo 1
Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro

Atitudes dos estudantes de ensino superior quanto à sua relação com o médico 3
Ana Isabel Grilo, Alexandra Noronha, & Inês Rosário

A síndrome da alienação parental e representação social da violação do direito fundamental da criança 11
Ana Maria Moser & Érica Amanda de Oliveira

Perceção de risco no *one-night stand* – Um estudo com adultos emergentes 19
Ana Mendão, Constança Biscaia, Fátima Bernardo, & Madalena Melo

Bem-estar sexual dos idosos: Uma análise de correspondência múltipla 27
Ana Monteiro, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal

Bem-estar sexual numa amostra transnacional de idosos 37
Ana Monteiro, Sofia von Humboldt, & Isabel Leal

Inventário da qualidade dos relacionamentos interpessoais – Perceção dos pais (IQRI-PP): Propriedades psicométricas 47
Ana Paula Matos, Maria do Rosário Pinheiro, José Joaquim Costa, & Andreia Mota

Programa de Prevenção da Depressão em Adolescentes (PPDA): Adaptação, implementação e estudos de eficácia 57
Ana Paula Matos, Maria do Rosário Pinheiro, José Joaquim Costa, Eiríkur Örn Arnarson, & W. Edward Craighead

Artrite reumatóide, espondilite anquilosante, hérnia discal e osteoartrose: Como diminuir os sintomas? 67
Ana Pires

Contributos da ciência no estudo do sofrimento emocional na deficiência visual 75
Ana Sofia Gonçalves Teixeira, Anabela Maria Sousa Pereira, & Ana Carla Seabra Torres Pires

Intervenções dirigidas ao conflito e mudança no funcionamento defensivo em psicoterapia 81
António Pazo Pires, Carlo Patrão, & Rui Santos

Processos de mudança em psicoterapia: O funcionamento defensivo do paciente e a adesão do terapeuta a diferentes modelos teóricos 93
António Pazo Pires, Carolina Trindade, Carlo Patrão, Rui Santos, & Carolina Seybert

Programa de estimulación para el desarrollo de las funciones ejecutivas en preescolares 105
Belén Aglio Ramírez

Família e surdez: A importância de rede de apoio eficaz para a construção de identidade do surdo e promoção de saúde nas famílias 117
Bruna Setin Januário & Miria Benincasa Gomes

Perfeccionismo e distress psicológico na adaptação do jovem adulto 127
Carla Oliveira, Anabela Pereira, Paula Vagos, & Inês Direito

Proteger a fertilidade – Impacto de um programa educacional online 135
Catarina Oliveira, Rita Lopes, Maria Cristina Canavarro, & Mariana Moura Ramos

Questões conceituais sobre apego ao lugar: Revisão sistemática da literatura 143
Cecilia Côrtes Carvalho & Maria Helena Pereira Franco

Adoção homoparental: Estudo sobre representações sociais de graduandos de direito e psicologia 151
Célia Aparecida Ferreira Carta Winter & Bianca Moretti Vieira Palmieri

Bateria Luria-DNA para a população portuguesa: Os défices cognitivos associados ao VIH/SIDA 159
Cláudia Castro, João Hipólito, Rute Brites, & Odete Nunes

A violência psicológica e moral nos municípios do Estado de São Paulo 167
Cleber Ferreira Jóia & Luís Sérgio Vanzela

A pessoa idosa na atenção básica e especializada: Estigmas e iniquidade social 173
Creudênia Freitas dos Santos, Maria do Carmo Eulálio, & Celina de Farias Costa Macedo

Glaucoma em idosos: Subjetividade e relações familiares 181
Denise Machado Duran Gutierrez & Nayana Tallita Pereira Julho

Suicídio de idosos no Amazonas: Perpetração, tentativa e ideação 189
Denise Machado Duran Gutierrez, Maria C. de Souza Minayo, John E. C. dos Santos, Amandia B. Lima Sousa, & José L. Pais-Ribeiro

Estresse cotidiano e coping em pre-adolescentes no nordeste do Brasil: Estudo qualitativo 199
Desirée Abreu, Carme Montserrat, Ferran Casas, Ferran Viñas, Mònica Gonzalez-Carrasco, & Stefania Alcantara

Histórico familiar de câncer de mama, percepção de risco em mulheres saudáveis 207
Elisa Kern de Castro, Carolina Seabra, Maria Julia Armiliato, Luísa Vital, Miguel Luís Souza, Franciele Cristiane *Peloso, Lilian Victória Riehl, & Ana Carolina Peuker*

Histórico familiar: Percepção de risco do cancro de mama em mulheres saudáveis 215
Elisa Kern de Castro, Carolina Seabra, Maria Julia Armiliato, Luísa Vital, Miguel Luís Souza, Franciele Cristiane Peloso, Lilian Victória Riehl, & Ana Carolina Peuker

A saúde da criança contemporânea na percepção do professor 223
Elisângela Menezes & Lázara Amancio

Dyadic coping, weness e satisfação conjugal em casais com cancro de mama 229
Esmeralda Boieiro, Ivone Patrão, Ana Carvalheira, & Eugénia Oliveira

Qualidade de vida em doentes crónicos portugueses 237
Estela Vilhena, José Luís Pais Ribeiro, Luísa Pedro, Isabel Silva, Rute F. Meneses, Helena Cardoso, António Martins da Silva, & Denisa Mendonça

A doença à margem da vida: Construindo sentidos de vida com qualidade 247
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga & Murilo dos Santos Moscheta

Estudo bibliográfico de qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise 255
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga & Murilo dos Santos Moscheta

Desenvolvimento e aplicação de um programa de prevenção do tabagismo para jovens 263
Filipa Pinto Nunes, Carmen Arranhado, Fátima Reis, Luis Robert, Paulo Vitória, & Rui Domingos

A vivência do one-night stand. Um estudo exploratório com estudantes universitários(as) 269
Filipa Rosado & Constança Biscaia

Preditores de ajustamento ao envelhecimento em mulheres idosas com cancro da mama? 279
Francis Carneiro, Sofia Von Humboldt, & Isabel Leal

Consumo de substâncias na população universitária 287
Gonçalo Ferreira, Graça Andrade, & André Coelho

Necessidade da melhoria dos espaços urbanos saudáveis e sustentáveis no Amazonas 297
Heron Salazar Costa, Suely A. do N. Mascarenhas, Domkarlykisom Mahamede Moraes Ferreira, Antonio Roazzi & J. Pais Ribeiro

Cidadanias aprisionadas de brasileiras imigrantes ilegais: Implicações na saúde e qualidade de vida 305
Ieda Franken & Natália Ramos

Representação de doença e ajustamento psicológico na doença reumática 313
Inês Alves, Ana Cunha, Marta Alves, Margarida Oliveira, & Paulo Monteiro

Funcionamento psicopatológico do idoso: Possibilidades de cronicidade 323
Irani I. de Lima Argimon, Marianne Farina, & Tatiana Quati Irigaray

Integração e saúde da comunidade Hindu em Portugal 331
Ivete Monteiro, Maria Natália Ramos, & Cristina Vieira

Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da internet 341
Ivone Patrão

Jovens e a internet: Uma relação com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico 347
Ivone Patrão & Mariana Machado

A experiência cultural como promoção de saúde na adolescência 355
Ivonise Fernandes da Motta, Cláudia Yaísa Gonçalves da Silva, Maria Lucia Putini Barsuglia, & Vinicius Aguiar

Adolescência, saúde e mudanças na contemporaneidade: Um estudo de caso 363
Ivonise Fernandes da Motta, Francisco Paulo Moraes Junior, Renata Zarenczansky, Gláucia Rocha, Ana Beatriz França, & Kauê Freitas

TAR +: Programa de adesão à terapêutica e saúde mental numa I.P.S.S 371
J. Costa, R. Costa, M. Eusébio, J. Rocha, & R. Fernandes

O saber escapa: Escuta às singularidades do risco ocupacional com materiais perfurocortantes 379
Jailma Belarmino Souto, Edivan Gonçalves da Silva Júnior, & Nayara Leite de Queiroz Sátiro

Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas: Um estudo em centros de convívio 387
Joana Maia & Teresa Medeiros

Percursos conducentes à interrupção voluntária da gravidez: Desafios inerentes às especificidades desenvolvimentais 395
Joana Pereira, Raquel Pires, & Maria Cristina Canavarro

Satisfação com o suporte social em doentes com esquizofrenia 403
Lara Guedes de Pinho, Anabela Pereira, & Claúdia Chaves

Mães em licença maternidade – Preparo para o retorno ao trabalho 411
Luci Fagundes Oliveira, Franciele Martins Nogueira Pires, Vera Lucia Araújo Ferreira, Cristiane de Figueiredo Vasconcellos & Ângela Figueira

Disponibilidad de la propia vida: Un derecho del siglo XXI 419
Luciana Ramírez Imedio, Belén Aglio Ramírez, & Railda Sabino Fernandes Alves

¿Tenemos formación suficiente para dar atención a los pacientes paliativos en hemodiálisis? 427
Luciana Ramírez Imedio, Belén Aglio Ramírez, Belén Palomares Rodríguez, & Víctor de la Osa Molinero

Consumo de substâncias psicoativas nos estudantes de medicina da UBI e perceção do risco associado 435
Luís Duarte & Paulo D. Vitória

Programa de atividade física no bem-estar pessoal em doentes com esclerose múltipla 443
Luísa Pedro, José Pais-Ribeiro, & João Páscoa Pinheiro

Grupos de suporte − A experiência do grupo acolhida da Casa do Brasil de Lisboa 449
Lyria Maria dos Reis, Cyntia de Paula, & Angela Carneiro

Transtornos mentais comuns, uso de álcool e apoio social em assentamentos rurais no Brasil 457
Magda Dimenstein, Jader Leite, Candida Dantas, João Paulo Macedo, Monique Silva, Gabriela Trindade, Eliane Silva, Jaqueline Torquato, Victor Lima, Franciele Alves, & Maurício Neto

Trabalho e saúde mental do agente de segurança penitenciaria no Brasil 467
Magda Dimenstein, Rafael Figueiró, Ana Izabel Lima, Jader Leite, & Cândida Dantas

Autoeficácia e tentação em usários de cocaína/crack 477
Margareth da Silva Oliveira & Andressa Celente de Ávila

Habilidades de recusa no tratamento ambulatorial e em comunidades terapêuticas para alcoolistas 485
Margareth da Silva Oliveira, Hilda Moleda, & Marina Alves Dornelles

Síndrome metabólica: Compreendendo fatores que dificultam a adesão a um estilo de vida saudável 491
Margareth da Silva Oliveira, Nathália Susin, Raquel de Melo Boff, Andréia da Silva Gustavo, Ana Maria Pandolfo Feoli, Martha Walig Brusius Ludwig, & Fabrício Edler Macagnan

The interaction of sociocultural factors and depression in older people's suicidal ideation and suicidal intention 497
Margarida Tenente Santos Pocinho

Idosos em centros de convivência: Significados de direitos humanos e políticas públicas 507
Maria de Fátima Fernandes Martins Catão, & Kátia Karolina Rodrigues Rocha

Significados de si e do projeto de vida em contexto de saúde/doença 513
Maria Denise de Assis, Heloisa Helena Pinho Veloso, & Paula Ângela S. Montenegro de Almeida Cunha

Promoção da saúde através do trabalho em grupo com idosos hipertensos 521
Maria do Carmo Eulálio, Edivan Gonçalves da Silva Júnior, & Almira Lins de Medeiros

A relação da qualidade de vida com a resiliência em idosos 529
Maria do Carmo Eulálio, Edivan Gonçalves da Silva Júnior, & Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo

Programa parental para a prevenção da depressão em adolescentes (PDA): Fundamentos, implementação e estudos de eficácia 537
Maria do Rosário Pinheiro, Ana Paula Matos, José Joaquim Costa, W. Edward Craighead, & Eiríkur Örn Arnarson

Fatores complicadores de um processo de luto – Estudo de caso 547
Maria Helena Pereira Franco, Giovana Kreuz, & Gabriella Costa Pessoa

Vivência do luto e a busca de psicoterapia 551
Maria Helena Pereira Franco, Marcella Geromel, Renata Millan, & Sophia Kalaf

A humanização de ambientes como princípio para a criação de diretrizes projetuais para salas de coleta de leite 559
Maria L. Bratti, Maria C. Ryberg, Patrícia B. Cavalcanti, & Vera H. M. Bins Ely

Promoção da alimentação saudável na net-escola de saúde coletiva do ISC/UFBA 567
Maria Ligia Rangel-S, Gabriela Lamego, & Andrea Lizabeth Gomes

Alimentação na visão das pessoas com diabetes *mellitus: C*ontributo das representações sociais 575
Maria Marta Amancio Amorim, Natália Ramos, & Maria Flávia Gazzinelli

Narrativas de grávidas: Representações sobre o terceiro trimestre de gravidez 583
Marta Pedreira & Isabel Leal

Representação da qualidade de vida dos adolescentes: Intervenção psicoterapêutica de grupo 591
Marta Pedreira, Vera Ramos Paula Zaragoza, Isabel Carvalho, Isadora Pereira, Pedro Pires, & Isabel Leal

Estrutura fatorial do questionário de *Weness* – Versão reduzida para português europeu 599
Nádia Miranda, Ivone Patrão, & Mª João Gouveia

Outra cultura, a mesma dor: A depressão num estudo transcultural na Guiné-Bissau 607
Natália Pereira

Percepção de risco cardiovascular em universitários na cidade de Manaus 613
Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, Ricardo Gorayeb, Isis Gabriela Santos Lemos, & Silvia Maria Cury Ismael

Conhecimentos e atitudes sobre as perturbações do espetro do autismo 627
P. Silvestre & M. S. Lemos

Cuidados paliativos pediátricos: Lidando com a ética da vida e da morte 635
Railda Sabino Fernandes Alves, Gabriella Cézar dos Santos, Myriam de Oliveira Melo, & Elizabeth Cristina do Nascimento Cunha

Avaliação da satisfação com o suporte social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados 643
Rita Salvador & Paula Saraiva Carvalho

Vivência do cancro da mama na relação mãe-filhos 651
Rita Tavares & Paula Mena Matos

Prevenção do stress na infância: Contributo para a sua avaliação com o PSEPE 659
Rosa Maria Gomes, Anabela Sousa Pereira, & Vanessa Sofia Aires

Violência conjugal contra a mulher: Perspectivas de mães vítimas de violência sobre as consequência nos seus/suas filhos(as) 667
Salete Calvinho & Natália Ramos

Comunicação, profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência conjugal nos cuidados de saúde 671
Salete Calvinho & Natália Ramos

Luto: Definir para (não) intervir? 679
Sarah Vieira Carneiro & Georges Daniel Janja Bloc Boris

Estratégias de enfrentamento psicológico de pessoas com doenças onco-hematológicas 685
Sebastião Benício da Costa Neto, Susana Beatriz Sneiderman, & Ruy Ferreira da Silva

Validação do Questionário de Orientação para a Vida (OtLQ) numa amostra de idosos 693
Sofia von Humboldt & Isabel Leal

Comparação dos preditores do ajustamento ao envelhecimento dos idosos jovens e menos jovens 701
Sofia von Humboldtab & Isabel Leal

O *bullying* no Nordeste do Brasil: Significados, expressões e reproduções da violência 707
Stefania Alcantara, Mònica González-Carrasco, Carme Montserrat, Ferran Casas, Ferran Viñas, & Desirée Abreu

Escala da humildade relacional aplicada a brasileiros e portugueses – Contributo para validação 715
Suely A. do N. Mascarenhas & Joana Freitas

Bem estar psicológico em homens e mulheres do Amazonas-Brasil 721
Suely A. do N. Mascarenhas, Luís Sérgio Vieira, & José Luís Pais Ribeiro

Revisão sistemática de literatura: Parentalidade, alimentação e sono na infância 727
Susana Algarvio

Correlatos do optimismo e da espiritualidade em indivíduos com queixas de acufenos 735
Vasco Oliveira, Rute F. Meneses, & Nuno Trigueiros da Cunha

Do papel-e-lápis à realidade virtual: Uma nova abordagem para reabilitação cognitiva personalizada 743
Ana Lúcia Faria, Maria Salomé Pinho, & Sergi Bermúdez I Badia

Avaliação da qualidade de vida numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados 751
Catarina Marques Ribeiro & Paula Saraiva Carvalho

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Preâmbulo

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) realiza entre 26 e 29 de Janeiro de 2016, no ISCTE-IUL, o 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Trata-se de uma organização conjunto da SPPS e do ISCTE-IUL que pretende reunir investigadores e profissionais sob o tema "Desafios da Psicologia da Saúde num mundo em mudança".

Os congressos nacionais de Psicologia da Saúde organizam-se a cada dois anos, num formato que preenche três dias em que decorrem conferências convidadas e apresentações simultâneas em simpósio, orais ou escritas. Todas as comunicações incluídas no programa têm valor e qualidade científica tendo sido avaliadas de forma cega e aprovadas pela comissão científica.

O objectivo último de todos os congressos tem sido o da apresentação do "estado da arte" da investigação, das práticas e também das perspectivas teóricas desta área de conhecimento. Neste sentido privilegia-se a apresentação de comunicações e a discussão, o contacto e a troca de opiniões e de experiências entre os participantes.

O facto de 22 anos depois da organização de um Primeiro Congresso Nacional de Psicologia da Saúde ser possível mobilizar diferentes gerações de investigadores, académicos e profissionais da Psicologia da Saúde e das zonas de interface da Psicologia com a Saúde e com as Doenças, provenientes de todo o país e de outros países, quer europeus quer de outros continentes, expressa a vitalidade e o prestígio que alcançou: é um acontecimento que nos deixa cheios de orgulho.

Como habitualmente publica-se o livro de actas do congresso que reúne um número significativo de comunicações a serem apresentadas nos dias subsequentes e que fica disponível no site da SPPS no primeiro dia do congresso.

Ficarão igualmente disponíveis, mas na edição de Março da Revista oficial da SPPS, Psicologia, Saúde & Doenças, os textos apresentados a congresso e seleccionados pelo júri dos prémios "jovem investigador de mérito" e "investigador de mérito".

Esperemos que estas actas possam ser úteis à discussão e divulgação dos estudos realizados e possam servir de estímulo para investigações futuras.

Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória, José Luís Pais Ribeiro

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Atitudes dos estudantes de ensino superior quanto à sua relação com o médico

ANA ISABEL GRILO (*)
ALEXANDRA NORONHA (*)
INÊS ROSÁRIO (*)

A centração no paciente pode ser definida como: "*os cuidados que respeitam e são responsivos às necessidades, desejos e preferências do paciente e asseguram que todas as decisões são guiadas pelos valores do paciente"* (Institute of Medicine, 2001, p. 3). Segundo o modelo de Mead e Bower (2000), o conceito de centração no paciente inclui cinco dimensões: (1) adopção do modelo biopsicossocial, em oposição ao modelo biomédico; (2) compreensão do paciente enquanto indivíduo único com os seus direitos, e não como um simples corpo com uma doença; (3) partilha de poder e de responsabilidade entre profissional de saúde e paciente; (4) construção de uma aliança terapêutica e (5) compreensão do cuidador enquanto pessoa, e não apenas como um técnico provido de competências específicas.

A investigação tem vindo a colocar em evidência as vantagens do modelo de centração no paciente sendo de destacar a maior eficiência do cuidado, que por sua vez reduz a negligência, o número de reclamações e os custos para o sistema de saúde e para o paciente, e o aumento da satisfação do paciente relativamente ao médico (Hudon et al., 2011; Lyles, Dwamena, Lein, & Smith, 2001; Tsimtsiou, Kirana, & Hatzichristou, 2014). Este aumento de satisfação resulta numa maior adesão ao tratamento pelo paciente e, consequentemente, a obtenção de melhores respostas à terapêutica (Hudon et al., 2011; Lyles et al., 2001; Tsimtsiou et al., 2014). Considerando estas vantagens tem sido reconhecida a pertinência da aplicação deste modelo na prática médica (Leão, 2012) bem como a necessidade de avaliar as atitudes dos estudantes de saúde, profissionais de saúde e pacientes face ao cuidado centrado no paciente.

O presente estudo teve como objetivo avaliar as atitudes e preferências dos estudantes do ensino superior quanto à sua interação com o médico.

(*) Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo estudantes do ensino superior que frequentam estabelecimentos universitários e politécnicos da Região de Lisboa.

Material

Para a caraterização sociodemográfica recorreu-se à adaptação de um questionário elaborado especialmente para estudantes universitários (Fernandes, 2011) sendo incluídas questões relativas ao género, idade, curso, ano do curso e nível socioeconómico.

A avaliação das atitudes de centração no paciente foi realizada com recurso à *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) construída por Krupat, Yeager e Putman (2000). Este instrumento avalia a preferência dos inquiridos por uma interação centrada na doença/médico ou centrada no paciente em duas dimensões da interação: *sharing* e c*aring.* A subescala *caring* traduz-se pelo nível de apoio e compreensão em relação aos aspectos psicossociais que o médico proporciona ao paciente. Por seu lado, a subescala de *sharing* refere-se à partilha de informação e poder na relação médico-paciente.

A cotação dos itens é feita numa escala de *Likert* que varia entre um a seis pontos, sendo que ao valor mais baixo corresponde a «concordo completamente» e o mais alto a "discordo completamente". Os autores da escala (Krupat et al., 2000) classificaram a centração no paciente em três grupos: baixa (média igual ou inferior a 4,57); média (valores médios entre 4,57 e 5,00) e alta (média igual ou superior a 5,00).

A tradução e adaptação da PPOS para português europeu foi inicialmente realizada por French (2008), tendo sido obtido um valor global de α de *Cronbach* de 0,65, valor considerado "aceitável" para a sua confiança (McHorney, Ware, Lu, & Sherbourne, 1994).

Procedimento

A recolha dos dados decorreu entre o dia 4 de Maio e 14 de Junho de 2015, através da disponibilização do questionário na plataforma *LimeSurvey.* Este foi divulgado por contacto electrónico às associações de estudantes do ensino superior universitário e politécnico da zona da Região de Lisboa e difundido a muitos estudantes pela rede social *Facebook*®. Todos os estudantes que participaram neste estudo foram informados sobre o objetivo do mesmo, tendo também sido garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados derivam de uma amostra de duzentos e sete estudantes que frequentam o ensino superior universitário e politécnico da Região de Lisboa.

Caraterização Sociodemográfica

Tendo em consideração as caraterísticas sociodemográficas dos estudantes que participaram neste estudo verifica-se que na sua maioria são do género feminino (72,9%), solteiros (94,2%), apenas estudantes (86%), com idades compreendidas entre dezoito e vinte e quatro anos (89,4%), de cursos não relacionados com saúde (52,2%), a frequentar o terceiro ano (30,9%) e perceção de nível socioeconómico médio-alto (86,5%).

Resultados obtidos pela Escala Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

Através dos resultados obtidos na escala total da PPOS (média de 3,78) observa-se que a amostra estudada demonstra ter preferência por uma abordagem pouco centrada no paciente (Figura 1).

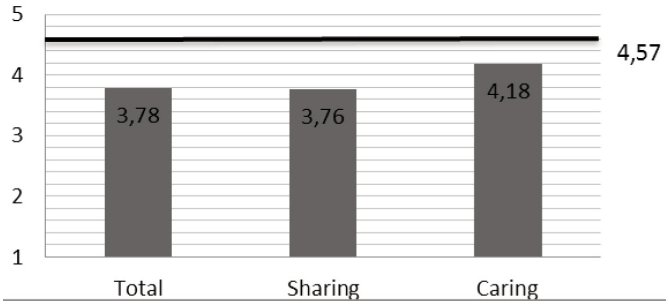


Figura 1. Pontuações médias do PPOS,"Caring" e "Sharing"

Relativamente às subescalas de *sharing* e de *caring* conclui-se que a amostra estudada nesta investigação apresenta valores mais elevados de *caring* (4,18) relativamente à dimensão *sharing* (3,76).

Influência das caraterísticas sociodemográficas

Género

Os resultados obtidos evidenciam que o género não é um factor com influência significativa na preferência dos estudantes por um modelo centrado na doença ou por um modelo centrado no paciente, uma vez que ambos os géneros apresentam uma baixa preferência num modelo centrado no paciente (Quadro 1). No entanto, apesar dos valores baixos, nota-se que o género feminino tem maior preferência por uma abordagem mais centrada no paciente, com um valor de 3,84 para a escala total, indo de encontro aos estudos anteriores (Krupat et al., 2000; Lau, Christensen & Andreasen, 2013) que afirmam que

pacientes do género feminino tendem a preferir uma relação mais centrada em si, valorizando mais a partilha de informação e o envolvimento no seu tratamento relativamente ao género masculino.

Quadro 1

Pontuação média da PPOS e subescalas para a variável Género

	Escala Total PPOS		Sharing		Caring	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
N	151	56	151	56	151	56
Média	3,85	3,60	3,84	3,57	4,26	3,97
t-Student	2,89*	2,37*	2,88*			

Nota. *p<0,05.

Curso

Através do Quadro 2 verifica-se que o curso não é um factor que influencie a preferência dos estudantes por um modelo centrado na doença ou no paciente, na medida em que tanto os estudantes de cursos relacionados com saúde como os estudantes de cursos não relacionados com saúde apresentam baixa preferência por um modelo centrado no paciente. Apesar disto, verifica-se que estudantes de cursos de saúde têm maior preferência por uma abordagem mais centrada no paciente, com um valor de 3,89 para a escala total da PPOS.

Quadro 2

Pontuação média da PPOS e subescalas para a variável Curso

	Escala Total PPOS		Sharing		Caring	
	Saúde	Não Saúde	Saúde	Não Saúde	Saúde	Não Saúde
N	99	108	99	108	99	108
Média	3,89	3,68	3,89	3,65	4,30	4,07
t-Student	2,87*	2,43*	2,49*			

Nota. *p<0,05.

Ano do Curso

Foram comparados os resultados dos estudantes de diferentes anos (do primeiro ao sexto ano) com o objetivo de detectar diferenças nas preferências dos estudantes do ensino superior da Região de Lisboa, relativamente à interação com o médico. Constata-se (Quadro 3) que os estudantes, independentemente do avançar do seu percurso académico, têm uma atitude baixa no que concerne à centração no paciente pois não atingem de novo, o valor de 4,57. A análise ANOVA (F=2,44; gl. 5; p>0,05) permite ainda verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias obtidas pelos estudantes.

Quadro 3

Pontuação média da PPOS para a variável Ano de Curso

	Escala Total PPOS				
	1º	2º	3º	4º	5º/6º
N	52	35	64	41	15
Média	3,69	3,64	3,81	3,92	3,94
ANOVA	2,44*				

Nota. *p<0,05.

CONCLUSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo avaliar as atitudes dos estudantes que frequentam o ensino superior quanto à sua interação com o profissional de saúde. Os valores evidenciam que independentemente do género, curso e ano de curso, os estudantes apresentam uma baixa preferência por uma abordagem mais centrada no paciente. Os participantes parecem eleger a compreensão sem críticas ou juízos de valor e a escuta ativa por parte do médico, ao invés da partilha de poder e informação que exige maior responsabilidade por parte do utente. Resultados semelhantes foram também evidenciados no estudo de Tsimtsiou, Kirana, e Hatzichristou (2014) onde analisaram atitudes de 454 pacientes com score de 3,7 e por Krupat et al., (2000) que estudaram as atitudes de 453 pacientes obtendo um valor de 4,23. A justificação desta preferência pode prender-se com o facto de os pacientes associarem ao profissional de saúde apenas um encargo mais técnico, centrado na doença e no seu tratamento, e não tanto na criação de uma relação de caráter biopsicossocial. Durante muitos anos este foi um modelo aceite em Portugal onde o médico, detentor de elevado estatuto, assumia uma relação paternalista com os utentes. Estes resultados contrariam a literatura que tem vindo a colocar em evidência a preferência por um modelo de centração no paciente por parte dos utentes mais jovens (Ting, Yong, Yin, & Mi, 2015; Tsimtsiou, Kirana, & Hatzichristou, 2014) e com nível educacional mais elevado (Lau, Christensen, & Andreasen, 2013).

Importa salientar que o procedimento para recolha da amostra e a sua dimensão limitam as conclusões da presente investigação. Para avaliar a verdadeira dimensão desta realidade, considera-se relevante a realização de um estudo mais alargado e com procedimentos de amostragem mais robustos, com inclusão de mais estudantes do ensino superior (de diferentes regiões do país), bem como a comparação dos resultados com sujeitos mais velhos e com menor nível educacional.

REFERÊNCIAS

Cousin, G., Schmid Mast, M., Roter, D. L., & Hall, J. A. (2012). Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, *87*(2), 193-197.

Fernandes, V. M. P. (2011). *Adaptação Académica e Auto-Eficácia em Estudantes Universitários do 1º Ciclo de Estudos.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Porto.

French, M. (2008). *Contributo para a aferição e adaptação das escalas Patient Practioner Orientation Scale e Communication Skills Attitude Scale.* Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Grilo, A. M., Santos, M. C., Rita, J. S., & Gomes, A. I. (2014). Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centeredness. *Nurse Education Today*, *34*, 35-39.

Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J.; Loignon, C., Lambert, M., & Poitras, M. (2011). Patient-centered care in chronic disease management: A thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Education and Counseling*, *88*, 170-176.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new health system of the 21st century.* Washington, DC: National Academies Press.

Lau, S. R., Christensen, S. T., & Andreasen, J. T. (2013). Patients' preferences for patient-centered communication: A survey from an outpatient department in rural Sierra Leone. *Patient Education and Counseling*, *93*, 312-318.

Leão, L. (2012). *Validação para a População Portuguesa do Instrumento C3 e da Escala PPOS e Caracterização do Currículo Oculto da FCS-UBI em relação ao Cuidado Centrado no Paciente.* Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Medicina. Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Lyles, J., Dwamena, F., Lein, C., & Smith, R. (2001). Evidence-Based Patient-Centered Interviewing. *Journal of Clinical Outcomes Management*; *8*(7), 28-34.

Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K. B., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, *39*(1), 49-59.

Madhan, B., Rajpurohit, A. S., & Gayathri, H. (2011). Attitudes of postgraduate orthodontic students in India towards patient-centered care. *Journal of Dental Education, 75*(1), 107-114.

McHorney, C. A., Ware, J. E. Jr., Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item short-form health survey. Test of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Medical Care, 32*(1), 40-66.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, *51*(7), 1087-110.

Ting. X., Yong, B., Yin, L., & Mi, T. (2015, *in press*). Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient Education and Counseling*.

Tsimtsiou, Z., Kirana, P. S., & Hatzichristou, D. (2014). Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient Education and Counseling*, *97*(3), 391-395.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A Síndrome da Alienação Parental e representação social da violação do direito fundamental da criança

ANA MARIA MOSER (*)
ÉRICA AMANDA DE OLIVEIRA (*)

Atualmente a Síndrome da Alienação Parental (SAP) é muito estudada, devido a sua complexidade e as suas diversas formas de interpretação. Não apresenta ainda um consenso jurídico científico e nem consenso psicológico passível de ter sua aplicabilidade efetiva com clareza, objetividade e exatidão. As propostas de condutas a serem aderidas e de posicionamentos a serem feitos por inúmeras vezes acabam estéril frente à seriedade e a complexidade deste fenômeno psicológico, que se apresenta ambíguo em suas manifestações, ora nas crianças e ora nos facilitadores que promoveram a instalação da síndrome ou possibilitaram um quadro de alienação.

A síndrome da alienação parental desde a primeira vez que foi mencionada na década de 80 mais precisamente em 1985 por Richard Gardner, passou por vários fomentos sociais e jurídicos até que em 26 de agosto de 2010 a lei n° 12.318 foi sancionada e no artigo 2° da mesma, considera-se, o ato de alienação parental uma interferência na formação psicológica da criança e do adolescente, ocasionando o repudio e/ou causando o prejuízo no estabelecimento e manutenção de vínculo com um dos genitores e/ou familiares. Sendo assim, considera-se este ato uma violação ao direito fundamental da criança, visto que no artigo 227º da constituição federal se assegura como direito fundamental de toda criança e adolescente a convivência familiar (Valente, 2012).

Em 2012, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) no art. 3° referente as disposições preliminares a criança goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Sendo assim, a partir do momento que o contexto familiar da criança se modifica e se altera de alguma maneira, não se deve negligenciar o direito fundamental da criança, a qual deveria ser poupada na integralidade.

Regulamentações de Convivência

Segundos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, houve um aumento (1,1%) de casamentos a mais do que no ano anterior. A taxa de

(*) Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil.

nucpialidade permaneceu estável desde 2011. Enquanto que, também em 2013, a pesquisa Estatísticas do Registro Civil contabilizou uma redução (4,9%), de divórcios, concedidos em primeira instância e sem recursos ou por escrituras extrajudiciais.

Por fim, há que se destacar a prevalência da hegemonia das mulheres na responsabilidade pela guarda dos filhos menores a partir do divórcio. Em 2013, 86,3% dos divórcios concedidos no Brasil tiveram a responsabilidade pelos filhos concedida às mulheres. A guarda compartilhada ainda é uma situação pouco observada no País, porém crescente, visto que o percentual de divórcios que tiveram este desfecho no que diz respeito à guarda dos filhos menores foi de 6,8%. O Pará, com 11,4%, e o Amazonas, com 10,8%, foram os estados brasileiros com os maiores percentuais de divórcios nos quais foram evidenciadas as guardas compartilhadas (IBGE, 2013).

Destaca-se ainda, a preponderância das mulheres na guarda dos filhos menores é uma situação observada em todas as Unidades da Federação. Em 2013, a guarda dos filhos foi de responsabilidade da mulher na maioria (95,4%) dos divórcios ocorridos no Estado de Sergipe, por exemplo. Os menores percentuais referentes à guarda dos filhos pelos homens foram registrados no Ceará (3,4%) e Sergipe (1,8%). No Amapá, entretanto, do total de divórcios com filhos menores, em 11,8% dos casos a guarda foi concedida ao homem (IBGE, 2013).

Segundo IBGE 2013 das separações e divórcios formalizados até 2013, a guarda dos filhos sem recurso, expressa-se estatisticamente em: 5,2% para os homens (guarda unilateral); 86,3% para as mulheres (guarda unilateral); 6,8% para ambos (guarda compartilhada); 1,0% (tem outra definição) e 0,7% (sem declaração).

A Vulnerabilidade da Criança e sua Realidade Familiar Transitória

Para Bock (2001) o comportamento e suas consequências, não são entendidos como causas isoladas de um sujeito, mas, sim, como interação entre aquilo que o sujeito faz e o ambiente onde o seu "fazer" acontece.

Considerando esse ponto de vista no desenvolvimento infantil e da maturidade emocional, física e psíquica da criança, digamos que ela seja surpreendida por uma separação de seus respectivos responsáveis, que os leva ao divórcio, a criança se vê em meio a uma disputa de guarda, onde não há concordância entre os responsáveis e a separação não é amigável. Essa criança ainda não dispõe da autonomia por si mesma, ela é dependente de um adulto, ela precisa ser ainda cuidada, independe de mãe, de pai, de avó, de avô, enfim de responsável.

Com isso a criança já estará imersa por esta realidade, não compreendendo a seriedade, nem os prejuízos ao qual está exposta, mas acompanha tudo, ouve muita coisa, sente os impactos emocionais do divórcio/separação, e como então é possível assegurar-lhe seu direito fundamental de ser cuidada, zelada, de sua qualidade de vida e de seu desenvolvimento infantil? A ruptura de uma relação afetiva de convivência familiar não atuará de nenhuma maneira como um aspecto negativo prejudicial aos olhos dessa criança?

Até que ponto a guarda compartilhada concedida aos responsáveis reduziria os impactos emocionais? A guarda compartilhada realmente tem função inibitória para os atos de alienações parentais?

A resposta para essas e tantas outras perguntas que cercam a realidade jurídica sob olhar da psicologia, podem ser respondidas a partir da interpretação e da leitura feita da realidade questionada. Saldanha (1992) redigiu importantes informações a respeito da ordem e hermenêutica, sobre as relações entre as formas de organização e o pensamento interpretativo, principalmente no direito. O autor é precisamente claro quando trás a realidade da interpretação de uma ordem (social, política e jurídica), ou seja, a ordem se refere a um termo de organização social, como as leis que regem a sociedade. E em sentido concreto uma ordem só existe em função de uma hermenêutica que se refira a ela e aos seus significados para a vida. Com isso ele considera importante a hermenêutica sob a perspectiva psicológica do pensamento jurídico, pois esta traria a flexibilidade a uma realidade vista como rígida a do direito, onde tudo precisa ser rigorosamente avaliado, analisado e logicamente pensado, de modo a compactar o problema e reduzir os danos, considerando as variáveis políticas, sociais, legais, emocionais, benefícios, prejuízos, e outros aspectos, envolvidos no processo.

Freitas (2012) descreve que mesmo que o poder judiciário traga respostas às questões sociais, nem toda certeza judicial esgota um caso, por isso o autor considera importante salientar que a escuta do psicólogo é auxiliar, visto que este traz conhecimento ao magistrado sobre as condições psíquicas do casal, evitando agravamento do problema e prolongamento da solução, em face com a gravidade do quadro que se instala.

Contudo, no âmbito psicológico, ao pensarmos em preservar o direito fundamental da criança nas regulamentações de convivência, surgiram diferentes indagações de como seria este direito percebido pelos genitores, pelos familiares e até mesmo pelos operadores do direito que diretamente viabilizam a criança um atributo solicitado pelos genitores e familiares. Portanto o objetivo desta pesquisa é correlacionar à ocorrência da síndrome da alienação parental com o tipo de guarda (compartilhada ou unilateral).

MÉTODO

O método foi transversal, descritivo, e qualitativo.

A pesquisa foi realizada na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no campus Curitiba no Brasil. Utilizando-se de um grupo virtual disponibilizado pelo representante da ONG APASE (Associação de Pais e mães Separados) na cidade de Curitiba – Paraná, para estabelecer contato com genitoras e genitores , explicar o objetivo da pesquisa e convida-los a participarem. Foram convidados, tambem, os familiares que tinham qualquer tipo de vinculo com as crianças desse genitores.

Aceitaram participar da pesquisa oito genitores, sendo distribuídos da seguinte forma: Dois genitores e duas genitoras que possuem guarda compartilhada e dois genitores e duas genitoras que possuem guarda unilateral. Integrantes do grupo virtual da associação (ONG APASE). A representação social do direito fundamental da criança foi levantada por meio das entrevistas semi-estruturadas que foram realizadas pela própria pesquisadora, individualmente, de acordo com a dinâmica de funcionamento do local. Nenhum dos familiares vinculados a criança aceitou participar, justificando que eles " não tinham tempo".

O critério de inclusão foi de pais e mães separados que estavam em processo de definição de guarda ou tinham definido sua guarda como compartilhada ou unilateral. E o critério de exclusão foi a não aceitação a participar da pesquisa.

A abordagem utilizada para a análise e discussão dos dados foi à análise do discurso, permitindo o levantamento de categoria de comportamentos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Torna-se evidente que a história de aprendizagem dos indivíduos (genitores ou genitoras), o repertório de cada um sobre as funções paterna e materna, tanto quanto suas experiências familiares anteriores, inferem diretamente na função que exercem (paterna ou materna) e no modo que percebem essa atuação. Segundo Legge (1976) há contingências de reforçamento que atuam como variáveis potentes que determinam e mantém os comportamentos.

Pode-se verificar pelos dados da Figura 1 que as práticas alienadoras severas ocorrem com maior frequência quando há litígio de guarda; quando a guarda é unilateral pode ocorrer práticas alienadoras com casos de instalação da síndrome. E é importante salientar que na guarda compartilhada também pode ocorrer práticas alienadoras.

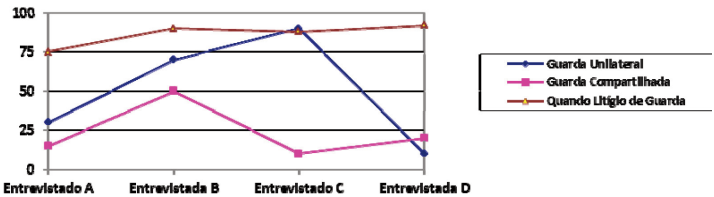


Figura 1. Indicativo (%) de freqüências de ações alienadoras por definição de guarda unilateral guarda compartilhada e quando litígio de guarda

A dificuldade de lidar com a separação/divorcio mostraram-se frequênte em todos os casos, devido a não aceitação da família e a restrição do repertório dos indivíduos. Para

Skinner (2003) os comportamentos são selecionados ao longo da história do sujeito, o qual é ativo no meio e provoca mudanças no ambiente, assim como o ambiente provoca a mudança de seus padrões comportamentais.

Pode-se observar pelos dados da Figura 2 que quando a guarda é compartilhada ocorre uma diminuição na frequência de comportamentos sinalizadores de insegurança, embora em um dos casos, houve um aumento na frequência devido às características psicológicas da ex-cônjuge.

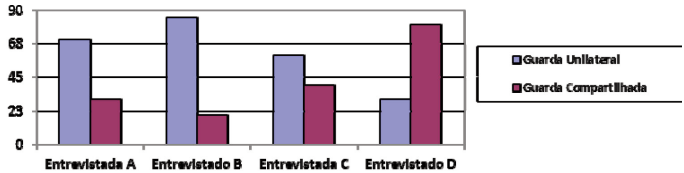


Figura 2. Indicativo (%) do nível de preocupação e desconforto, referente à insegurança do pai e da mãe da criança por esta estar com o(a) outro(a) genitor(a)

Para Legge (1976) mediante um contexto onde há variáveis internas (sentimentos) e variáveis externas ao sujeito que foge de seu controle, pois passa pelo outro, ocorre à alteração do comportamento, e mediante a mudança do contexto, pode-se ter a restrição de variedades de respostas que são fisicamente possíveis ou suscetíveis de serem dadas. O sujeito é forçado a apresentar uma resposta razoavelmente próxima daquela que deseja, e no caso de restrição no repertório para novas respostas a uma situação, a limitação pode ser física ou psicológica.

Os indicativos de ações alienadoras evidenciam que na guarda compartilhada há menor ocorrência e frequência destas ações, mostrando um caso severo de alienação parental na guarda unilateral, assim como alta frequência de ações alienadoras durante o litígio de guarda.

Lundin (1974) descreve que em condições de frustração e conflito os sujeitos impedidos de alcançar um objetivo, aumentam as tentativas para o alcance do mesmo, porém estes comportamentos aumentam o nível de frustração e uma das reações mais comuns à frustração é a agressão, direta ou indireta, mas que objetiva esquivar-se de maiores perdas. Portanto, a intensidade da agressão pode variar com o número ou acumulação de experiências frustradoras que possa ter ocorrido.

Um indicativo evidente do nível de frustração dos (as) genitores (as) é a frequência de preocupação, desconforto e insegurança quando a criança passa a conviver com ambos os responsáveis. Por isso, cabe ressaltar, que a não aceitação da separação por um dos genitores, quando litígio, a criança é utilizada como objeto de disputa.

As separações amigáveis se mostraram menos frequente do que às não amigáveis, o que se relaciona com a dificuldade de elaboração dos indivíduos desta separação conjugal, sendo

que 30% dos entrevistados consideravam amigáveis suas separações e 70% consideram não amigáveis. Por quanto, constatou-se que familiares afastaram-se do convívio por não concordar com a separação ou com a forma com que estavam lidando com a separação.

Assim como, pode-se verificar que a maioria dos entrevistados não conhecem o conceito legal nem as sansões para os atos de alienação, obtendo um indicativo de 30% dos genitores (as) conheciam e 70% dos genitores (as) desconheciam o conceito de real e legal da SAP e as sanções para os atos de alienação.

Quanto ao conhecimento das disposições do ECA sobre o direito fundamental da criança à convivência familiar 75% dos genitores (as) indicaram ter conhecimento e 25% indicaram não conhecerem as disposições.

Em todos os casos verificou-se a percepção de direito fundamental da criança relacionado a tudo que promove o bem estar, a estabilidade e a educação.

Evidenciou-se que a percepção de violação do direito fundamental da criança estava relacionado ao contrariar a vontade, escolha e preferência da criança no litígio de guarda e ao não deixar que escolha com quem quer ficar.

Verificou-se que as genitoras consideram a maternidade um direito de exclusividade. Consideram seus cuidados mais zelosos e efetivos à criança do que o do pai (genitor). Mostrou-se frequente a importância de compartilhar a educação e correções precisas na vida da criança. Referente aos genitores foi frequente na fala de todos as críticas a cultura maternal que desqualifica o cuidado dos pais e favorece o da mãe.

O que chama atenção na maioria dos casos é que o pai foi o primeiro que entrou em litígio de guarda e a mãe foi quem ficou com a guarda no final, no caso da unilateral, e por vezes os pais entraram com recurso para reverter a guarda, poucos casos conseguindo.

Nota-se que a preferência de guarda mais frequente pelos (as) genitores (as) no inicio do litígio é pela guarda unilateral. E a adesão da guarda compartilhada ao final do litígio, mostrou-se um motivo de flexibilização na relação entre os (as) genitores (as), consequentemente na convivência familiar da criança.

Considerando a análise dos dados, a representação social do direito fundamental da criança referente aos responsáveis (genitores e genitoras) é de negação à escolha da criança do genitor e das condições de educação e moradia.

Quanto aos operadores de direito, o direito fundamental da criança é assegurar-lhe todas as condições de desenvolvimento, assim como o convívio sadio e saudável com ambos os genitores.

CONCLUSÕES

Conclui-se nesta pesquisa que as ações alienadoras ocorrem no litígio de guarda de modo mais severo e intenso; na guarda unilateral com maior freqüência e possibilidades da

instalação da síndrome; quando guarda compartilhada são menos frequentes e minimizam a ocorrência das ações alienadoras, promovendo assim saúde e qualidade de vida.

Embora estas conclusões possam estar limitadas, devido a reduzida dimensão da amostra, salienta-se a importância de políticas públicas para ampliar o conhecimento sobre a Síndrome da alienação parental e sua influência no desenvolvimento do ser humano. Ademais, confirma-se que todos tem conhecimento do direito fundamental da criança a convivência familiar parece que devido a separação entre os cônjuges, a maternidade e a paternidade ficam em segundo plano, oportunizando a prática de ações alienadoras.

REFERÊNCIAS

Bock, A. M., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2001). *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia* (14ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Brasil. (2012). Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e adolescente (7ª ed.). Brasília: Atlas

Brasil. (1990). Lei no 12.318, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o artigo. 236 da Lei no 8.069, de 13 de julho. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12318.htm

Freitas, D. P. (2012). *Alienação Parental: Comentários à Lei 12.318/2010.* Rio de Janeiro: Forense.

IBGE. (2013). *Estatísticas do registo civil* (Vol. 40, pp. 1-212). Rio de Janeiro.

Legge, D. (1976). *Introdução à ciência psicológica* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar editores.

Lundin, R. W. (1974). *Psicologia da personalidade* (1ª ed.). Rio de Janeiro: José Olympio editora.

Saldanha, N. (1992). *Ordem e Hermenêutica: Sobre as relações entre as formas de organização e o pensamento interpretativo, principalmente no direito.* Rio de Janeiro: Renovar.

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (11ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Valente, M. L. C. S. (2012) Síndrome da Alienação Parental: A Perspectiva do serviço social In P. Neto (Org.), *Síndrome da Alienação parental e a Tirania do Guardião: Aspectos Psicológicos, sociais e jurídicos* (pp. 70-87). Porto Alegre: Equilibrio.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Perceção de risco no *one-night stand* – Um estudo com adultos emergentes

ANA MENDÃO (*)
CONSTANÇA BISCAIA (*)
FÁTIMA BERNARDO (*)
MADALENA MELO (*)

A Adultez Emergente

Com as mudanças sócio-culturais ao longo do século XX, a passagem da adolescência para a adultez, tornou-se um processo mais complexo e prolongado no tempo, que levou à emergência duma nova fase no ciclo de vida. Esta fase, que Arnett (2000) procura estudar na sua Teoria da Adultez Emergente, situa-se entre os 18 e os 25 anos e, embora englobe aspetos dos períodos adjacentes (adolescência e adultez), tem características e tarefas que lhe são próprias. Deste modo, a fase da adultez emergente foi definida como sendo: a idade das explorações identitárias, na qual os indivíduos se apresentam mais independentes relativamente ao controlo parental, mas ainda assim livres de compromissos e responsabilidades, encontrando o equilíbrio ideal para explorarem novas possibilidades, clarificando as suas identidades; a idade da instabilidade, associada às explorações características deste período; a idade focada no *self,* promovendo o desenvolvimento de capacidades para o quotidiano e dos pilares essenciais para a vida adulta, com o objetivo de atingir a autossuficiência; a idade do sentimento de indefinição, visto esta ser uma fase de transição onde não se é adulto, mas também já não se é adolescente; e a idade das possibilidades, onde surgem sentimentos de esperança e de desejos de autorrealização.

São os(as) estudantes universitários(as) que constituem a população mais representativa dos adultos emergentes, aparecendo o meio universitário como um espaço fundamental de exploração e de ocasião para a resolução dos conflitos identitários que caracterizam esta fase do desenvolvimento.

O adulto emergente e a vivência do One-night stand

Ao entrar na adultez emergente, muitos(as) jovens que já iniciaram a exploração da sexualidade na adolescência, dão continuidade à mesma, sendo também nesta fase que os(as) jovens procuram a sua independência, tendendo a visão de descompromisso a

(*) Universidade de Évora, Lisboa, Portugal.

refletir-se na maior parte dos relacionamentos. Este fator, em conjunto com o ambiente universitário (experienciado como encorajador das atividades sexuais), leva a uma maior probabilidade de ocorrência de *one-night stands* entre os(as) jovens, visto estes não acarretarem responsabilidades nem compromissos.

O *one-night stand* não tem uma definição universal, sendo possível encontrar diferentes versões em função dos autores. Neste estudo foi utilizada a definição de Paul et al. (2000), para quem o *one-night stand* é um encontro que pode incluir, ou não, relações sexuais, ocorrendo numa única ocasião entre duas pessoas desconhecidas ou pouco conhecidas, embora também possa acontecer entre amigos, colega de turma ou com outras pessoas frequentadoras do mesmo meio (Bogle, 2008; Grello et al., 2006).

O *one-night stand* pode acarretar diversos riscos, sendo que estes aparecem por vezes associados ao consumo de álcool, o fator que a literatura aponta como sendo um dos que tem maior influência quer no sexo ocasional, quer no sexo desprotegido. Contudo, o álcool parece coexistir com outros fatores como as drogas, a influência social dos contextos e dos grupos e a perceção de invulnerabilidade.

Apesar da crescente incidência neste tipo de comportamento sexual nesta fase de desenvolvimento, há ainda uma grande lacuna no seu estudo, motivo que justifica a pertinência de se investigar os comportamentos de *one-night stands,* clarificando nomeadamente, os riscos e a perceção de risco que os(as) estudantes universitários(as) detêm dos mesmos.

Perceção de Risco nas Relações One-night stand

O conceito de risco assume significados diferentes em função das pessoas e das circunstâncias, o que leva ao conceito de perceção de risco definido enquanto forma como os não especialistas (ou leigos) pensam o risco (Lima, 2005). A investigação tem diferenciado o risco real do risco percebido no que diz respeito à forma como as pessoas percebem e respondem aos riscos. Nos estudos de Slovic (2000) conclui-se que não é o risco real que influencia as decisões das pessoas, mas sim a perceção do risco que as mesmas têm. Para além disso, características como a familiaridade, controlo, potencial catastrófico, equidade e nível de conhecimento, influenciam a relação entre risco percebido, benefício percebido e risco aceite (Fischhoff, Slovic, Lichtensteir, Read et al., 1978).

Por outro lado, tendo em conta que a prática de sexo ocasional é diversas vezes influenciada por fatores sociais, interpessoais e da personalidade é de esperar que o meio onde o indivíduo está inserido e as normas a ele associadas influenciem a sua opinião relativamente ao sexo ocasional. Sendo a universidade vista como um contexto privilegiado no que diz respeito ao sexo ocasional, no qual este parece ser um comportamento normal e aceite, parece fazer sentido considerar que a sua eventual influência na maneira como os(as) estudantes universitários(as) percecionam os riscos advindos deste comportamento.

MÉTODO

O estudo que aqui se apresenta inseriu-se numa investigação mais ampla que tinha como objetivos estudar o envolvimento dos(as) estudantes universitários(as) no comportamento de sexo ocasional e a perceção de risco que este envolve, procurando ainda compreender a influência que os contextos onde os(as) estudantes universitários(as) estão inseridos (contextos grupais, sociais e familiares) podem ter quer na visão que têm quer do sexo ocasional, quer da perceção dos riscos associados a esse. Nesta comunicação, vamos apresentar os resultados respeitantes à perceção de risco no *one-night stand*, no momento e posteriormente a este e a influência que os meios facilitadores (consumo de álcool e estupefacientes e uso de métodos contracetivos) têm, quer no envolvimento em sexo ocasional quer na perceção de risco. Serão também, apresentados os resultados relativos aos riscos sentido e às formas de prevenção dos mesmos e, ainda, sobre as relações entre o *one-night stand* e o arrependimento após este comportamento.

Participantes e instrumentos de recolha de dados

Participaram 203 sujeitos, todos eles estudantes do ensino superior pertencentes à Universidade de Évora, com idades entre 18 a 25 anos (M=20,65, DP=1,82) dos quais 57 (28,1%) eram do sexo masculino e 146 (71,9%) eram do sexo feminino. Dentro destes**,** 118 (58,13%) referiram já ter praticado um ou mais *one-night stand(s)*, não tendo os outros 85 (41,87%) tido este comportamento.

Na recolha dos dados, para além dum *questionário sociodemográfico* utilizaram-se os seguintes instrumentos:

– *Inventário de Orientação Sociossexual – Revisto (IOS-R)* – versão para investigação traduzida por Varelas (2011) da original revised Sociosexual Orientation Inventory (SOI-R) (Penke & Asendorpf, 2008). Este instrumento tem como objetivo avaliar três facetas da sociossexualidade, correspondendo a cada uma delas três itens: (1) o Comportamento Passado (*Past Behavior*), ou seja, o número de parceiros(as) sexuais ocasionais e a mudança de parceiro(a) sexual; as Atitudes explícitas (*explicit Attitude*) face ao sexo sem compromisso; e, o Desejo (*Desire*) perante pessoas com quem não se detém uma relação romântica. Há que ressaltar que, no presente estudo, este inventário não foi usado na totalidade. Por este motivo, o inventário foi reformulado para efeitos de estudo, sendo excluídos os itens que avaliam a terceira faceta da sociossexualidade, mais especificamente o Desejo (Desire).

– *Escala de Perceção de Risco* – baseada na abordagem psicométrica da perceção de risco de Fischhoff et al. (1978). A escala do presente estudo, foi, então, baseada na quarta tarefa do estudo de Fischhoff et al. (1978), que consistia num conjunto de nove escalas com sete pontos, sendo que cada uma representava uma dimensão hipotetizada para influenciar a perceção de risco atual ou aceitável (Lowrance, 1976, citado por Fischhoff et al., 1978).

Esta tarefa foi escolhida de modo a poder-se avaliar a posição dos indivíduos face aos riscos associados às relações sexuais ocasionais, verificando-se, desta forma, até que ponto esses riscos são aceitáveis.

Realizaram-se ainda, um conjunto de *questões adicionais exploratórias* sobre os meios facilitadores e os contextos associados ao *one-night stand,* assim como as consequências advindas deste comportamento, questões estas consideradas necessárias para colmatar a insuficiente informação obtida com os instrumentos supracitados.

RESULTADOS

Foram encontradas correlações negativas significativas entre a perceção de risco no momento do sexo ocasional e na fase posterior a este (r= -0,293, p<0,01; r=-0,400, p<0,01), parecendo haver ausência de perceção de risco no momento e na fase posterior ao envolvimento em sexo ocasional. Foram também, encontradas diferenças significativas entre a perceção de risco no momento do envolvimento em sexo ocasional e posteriormente a este [t(202)=-3,18, p<0,05]. Desta forma, a perceção de risco é mais elevada na fase posterior ao envolvimento em sexo ocasional, do que no momento do mesmo. No que respeita à relação entre o envolvimento em sexo ocasional e o consumo de bebidas alcoólicas, verificou-se uma correlação positiva significativa (r=0,200, p<0,01). No entanto, entre o envolvimento em sexo ocasional e o consumo de estupefacientes (ex., drogas leves) os resultados revelam uma correlação negativa não significativa (r=-0,93, p<0,01). Relativamente aos métodos contracetivos os resultados apontaram para uma correlação positiva significativa entre o envolvimento em sexo ocasional e uso de métodos contracetivos (ex., preservativo) (r=0,217, p<0,01). Contrariamente ao que esperado, não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre o arrependimento e o envolvimento em sexo ocasional (r=0,073, p>0,01).

Por fim, e no que respeita aos riscos sentidos no *one-night stand*, verificou-se que os participantes deram mais ênfase aos riscos físicos, sendo que os mais mencionados foram: as infeções sexualmente transmissíveis (42,96%) e a gravidez inesperada (22,89%), sendo a percentagem de riscos psicológicos sentidos relativamente mais baixa (5,98%). No que diz respeito aos métodos de prevenção dos riscos utilizados, os mais mencionados foram os métodos clínicos, mais especificamente os métodos contracetivos (66,67%). Os diversos riscos são também avaliados como sendo, no geral, controláveis pelos próprios indivíduos, com exceção dos riscos de gravidez inesperada e do contrair alguma doença.

DISCUSSÃO

Neste estudo foram levantas algumas questões iniciais que com o decorrer da análise dos resultados puderam ser respondidas: Como é que os indivíduos percecionam os riscos

a que estão sujeitos nesse tipo de relações? Porque é que se expõem voluntariamente a riscos conhecidos? Ou não serão assim tão conhecidos?

No que diz respeito à forma como os indivíduos percecionam os riscos, é de notar, o baixo nível de perceção dos riscos que os(as) estudantes universitários(as) têm no momento do *one-night stand*. Este fato poderá, em parte, ser explicado pela perceção de invulnerabilidade advinda do otimismo irreal (i.e., tendência para o indivíduo se percecionar como imune face a acontecimentos negativos), pela utilização de heurísticas que "camuflam" os níveis de risco e pela relação que o envolvimento no mesmo tem com o consumo de substâncias e as influências sociais, assim como com os fatores contextuais, advindos da cultura de diversão muito presente no contexto universitário. Porém, depois do sexo ocasional, existe a tendência dos indivíduos considerarem que foi uma má experiência, havendo uma muito maior perceção dos riscos na fase posterior à ocorrência de comportamentos de sexo ocasional.

Os nossos dados permitem-nos também concluir, que as práticas de sexo ocasional se apresentarem muitas vezes sob a influência de álcool, sendo este um grande desinibidor das práticas sexuais e inibidor das práticas sexuais seguras. Apesar disso, verificou-se, também, que muitas vezes os(as) estudantes se envolvem mais facilmente em práticas sexuais por estarem protegidos por métodos contracetivos, estando assim, o aumento do uso destes associado à capacidade de satisfazer as necessidades sexuais no momento (Stinson, 2010). Contudo, no que diz respeito ao consumo de estupefacientes, na nossa amostra, os(as) estudantes universitários(as) não consideram que o consumo de estupefacientes seja, também, responsável pelo envolvimento em sexo ocasional, contrariando os dados de outros estudos (Kingree & Betz, 2003, cit. in Simons et al., 2009; Kingree, Braithwaite & Woodring, 2000; Tapert et al., 2001).

No que diz respeito ao arrependimento, alguns autores referem que o envolvimento em práticas sexuais ocasionais traz consequências negativas, como o sentimento de arrependimento (Lambert, Kahn & Apple, 2003; Paul et al., 2000; Paul & Hayes, 2002 citados por Eshbaugh & Gute, 2008). Os estudos de Oswalt et al. (2005), indicam que 72% dos alunos universitários já se arrependeram pelo menos uma vez depois de uma atividade sexual e os estudos de Campbell (2008) referem que 23% dos homens e 58% das mulheres indicaram algum arrependimento e referiram não voltar a repetir a experiência. Porém, nesta investigação, os resultados encontrados apontam no sentido contrário, visto que os valores de arrependimento não se revelaram significativos, parecendo indiciar que este envolvimento poderá ser visto pelos(as) estudantes universitários(as) como um comportamento normal e aceite, e, por isso, não gerador de arrependimento.

Em termos dos riscos mais sentidos, verificou-se que são referidos sobretudo riscos físicos, especialmente a gravidez inesperada e as infeções sexualmente transmissíveis, existindo um desconhecimento/desvalorização de outro tipo de riscos, principalmente dos riscos psicológicos. Este desconhecimento/desvalorização dos riscos mais emocionais poderá, em parte, estar relacionada com os níveis, abaixo do esperado, de arrependimento, que acaba por ser uma das grandes causas dos riscos psicológicos mencionados neste estudo, como a culpabilização e a diminuição da autoestima.

Associadas ao trabalho desenvolvido estão, necessariamente presentes, algumas limitações. Uma primeira limitação identificada prende-se com a amostra, que deveria ter sido mais alargada, de forma a ser mais representativa da população em questão. Outra limitação encontrada esta relacionada com a construção do questionário, que mesmo tendo sido um bom instrumento de trabalho, deveria ser aprimorado em função da equidade dos tipos de resposta de modo a facilitar a análise de dados. Há que salientar, também, que recaindo a nossa escolha sobre instrumentos que não se encontram aferidos à população portuguesa e que carecem de estudos prévios com vista a engrandecer a sua robustez psicométrica, poder-se-ão encontrar limitações dos mesmos para o estudo da população deste trabalho. Por fim, pensamos que foi útil introduzir os indivíduos que não se envolveram em *one-night stand,* visto que contribuiu para uma análise das diferenças inter-grupais, porém verificou-se na recolha de dados que esses mesmos indivíduos apresentaram dificuldades ao se colocarem numa situação de *one-night stand.*

Crê-se, então, que este estudo possa ter colaborado para a expansão do conhecimento no campo das relações sexuais do adulto emergente, na população portuguesa, especificamente, no contexto universitário e principalmente, ter ajudado na compreensão da perceção que os(as) jovens universitários detêm acerca dos fatores de influência (álcool, drogas, contextos) e dos riscos físicos e psicológicos associados ao *one-night stand.*

Deste modo, o presente estudo pode revelar-se uma mais-valia no desenvolvimento de estratégias preventivas tanto na comunidade universitária, como na comunidade em geral no que diz respeito aos comportamentos de risco associados ao sexo ocasional. Revela-se essencial que a intervenção neste âmbito seja feita através de uma abordagem multidisciplinar com programas direcionados às necessidades específicas das determinadas comunidades, não incidindo só na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e no apoio e orientação relativamente à contraceção, mas também no conhecimento de si mesmo e das relações com os outros.

Especificamente na universidade, seria importante, uma implementação da necessidade da educação sexual, que se encontra inexistente ou em níveis muito baixos, apostando em programas definidos e elaborados pelas entidades de saúde competentes, universidade e estudantes universitários que incluíssem formação, prevenção adequada e consultas de planeamento familiar inseridas no apoio médico prestado pela universidade aos estudantes. Seria importante que fosse um programa voltado para as influências sociais transmitidas pelos amigos, familiares e colegas universitários, visto que a perceção e a aceitação dos riscos tem as suas raízes em fatores sociais e culturais, sendo a avaliação dos riscos uma construção social em que indivíduo atua como um ser social. Desta forma, para além de se ter de abordar a sexualidade duma perspetiva mais psicológica e menos biológica, isto é, não enfatizar tanto os conceitos reprodutivos (que ao longo dos anos escolares se vão adquirindo), para dar lugar aos fatores psicológicos e sociais da sexualidade, como a imagem de nós próprios em relação à sexualidade e a educação para os afetos, também, dever-se-á, alertar para os riscos físicos, mas essencialmente para os riscos psicológicos, visto serem os menos conhecidos e os mais desvalorizados e que podem trazer consequências emocionais.

Por fim, vê-se como importante dar a continuidade a este estudo, visto que esta temática em específico é pouco abordada, sendo os resultados encontrados um alerta das atuais vivências universitárias.

REFERÊNCIAS

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist, 55,* 469-480.

Bogle, K. A. (2008). *Hooking up: Sex, dating, and relationships on campus*. New York: New York University Press.

Campbell, A. (2008). The morning after the night before affective reactions to one-night stands among mated and unmated women and men. *Human Nature, 19*, 157-173

Eshbaugh, E. M., & Gute, G. (2008). Hookups and sexual regret among college women. *The Journal of Social Psychology, 148*(1), 77-89.

Fishhoff, B., Slovic, P., Liechteinstein, S., Read, S., & Coombs, B. (1978). How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes toward technological risks and benefits. *Policy Science, 9*, 127-152.

Grello, C. M., Welsh, D. P., & Harper, M. S. (2006). No strings attached: The nature of casual sex in college students. *The Journal of Sex Research, 43*(3), 255-267.

Lima, M. (2005). Percepção de riscos ambientais. In L. Soczka (Ed.), *Contextos humanos e Psicologia Ambiental* (pp. 203-217). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Oswalt, S., Cameron, K., & Koob, J. (2005). Sexual regret in college students. *Archives of Sexual Behavior*, *34*(6), 663-669. doi: 10.1007/s10508-005-7920-y.

Paul, E. L., McManus, B., & Hayes, A. (2000). "Hookups": Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *The Journal of Sexual Research, 37,* 76-88.

Penke, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. *Journal of Personality and Social Pschology, 95*(5), 1113-1135.

Simons, J., Maisto, S., & Wray, T. (2009). Sexual risk taking among young adult dual alcohol and marijuana users. *Addictive Behaviors*, 35, 533-536.

Slovic, P. (2000). *The perception of risk.* London: Earthscan.

Stinson, R. (2010). Hooking up in young adulthood: A review of factors influencing the sexual behavior of college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *24*(2), 98-115. doi: 10.1080/87568220903558596.

Varelas, D. (2011). "*One-night stands": Vinculação, estilos de amor, género e consumo de álcool – Um estudo com alunos universitários*. Universidade de Évora, Évora.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Bem-estar sexual dos idosos: Uma análise de correspondência múltipla

ANA MONTEIRO (*)
SOFIA VON HUMBOLDT (*)
ISABEL LEAL (*)

A sexualidade é um termo amplo que inclui componentes sociais, emocionais e físicas (Southard & Keller, 2008). Este constructo constitui um aspeto central da vida e abrange o sexo, a identidade e papéis de género, a orientação sexual, o erotismo, e o bem-estar social (Organização Mundial da Saúde, 2006). Os atos sexuais são uma componente importante para uma relação emocional íntima na vida tardia (Gott & Hinchliff, 2003) e uma parte importante da vida (Lindau et al., 2007; Kontula & Haavio Kontula-Mannila, 2009).

O bem-estar sexual (BES) tem sido uma dimensão ignorada. No entanto, este conceito compreende componentes, tais como, o interesse sexual, funcionamento, satisfação, relações íntimas saudáveis, auto-estima sexual e variáveis psicossexuais (Mona et al., 2011; Rosen & Bachman, 2008).

Estudos anteriores mostraram que a prevalência da atividade sexual diminui com a idade, contudo um número considerável de idosos envolve-se em relações sexuais vaginais, sexo oral, masturbação, mesmo na oitava e nona décadas de vida (Lindau et al., 2007). De facto, existem diversas razões que têm sido discutidas para este declínio na atividade. De acordo com Lindau et al. (2007), indivíduos idosos que se identificam como tendo uma média ou má saúde eram mais propensos a relatar problemas sexuais e menos inclinados a ser sexualmente ativos do que os indivíduos que mostravam uma boa saúde. Além disso, os problemas físicos relacionados com a idade avançada podem contribuir para uma baixa auto-estima, pobre auto-imagem, e diminuição da capacidade da resposta sexual e do desejo sexual (Bachmann & Lieblum, 2004). Contudo, existem diferenças entre os sexos. As mudanças mais notáveis em mulheres estão relacionadas com o declínio do funcionamento dos ovários. Nas mulheres podem ocorrer secura vaginal e atrofia, devido ao declínio gradual dos níveis de estrogénio no organismo (DeLamater, 2012). Já os homens experimentam, com frequência, um declínio lento na produção de testosterona. O período refratário é especialmente afetado, ou seja, os homens precisam de mais tempo até que possam atingir outro orgasmo. Além disso, a mais notável mudança na função sexual masculina com a idade é a disfunção eréctil (Kenny, 2013).

(*) William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

Uma vez que pessoas de diferentes culturas revelam diferentes significados para as suas experiências e dado que o fenómeno em estudo (BES) é auto-percebido, a investigação qualitativa faz com que se tenha acesso às diferentes experiências dos idosos (e.g., Karraker, DeLamater & Schwartz, 2011; Schwartz et al., 2014). Além disso, face ao envelhecimento populacional os profissionais de saúde precisam incluir na sua prática uma abordagem multidimensional e multi-cultural. Um estudo de comparação internacional é pertinente com vista a precisar as experiências dos idosos num contexto transcultural (Löckenhoff et al, 2009; Torres, 2003, von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2012). Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo investigar os possíveis mecanismos explicativos de um modelo global de BES numa amostra transnacional de idosos.

MÉTODO

Participantes

A amostra total foi composta por 163 indivíduos não institucionalizados, 57,4% do sexo feminino, 50,0% alemães e 67,6% casados ou num relacionamento. Tinham idades entre 65 ou mais anos (*M*=74,2; *DP*=4,743; entre os 65-97). Estes participantes frequentavam universidades seniores e centros comunitários e de arte, em Lisboa e no Algarve. Foi tida em conta a disponibilidade dos participantes e após o consentimento informado ter sido recebido, os participantes foram submetidos a uma avaliação cognitiva. Para participar neste estudo, os participantes tiveram de apresentar as seguintes condições: (1) 75 ou mais anos de idade e (2) pontuação satisfatória no Exame do Estado Mini-Mental (>26) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Não houve qualquer histórico de doença neurológica ou psiquiátrica, nem de abuso de drogas ou álcool, que possa comprometer a função cognitiva. As normas da American Psychological Association acerca do tratamento ético dos participantes foram cumpridas.

Material e Procedimento

Recolha de dados. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente no domicílio dos participantes e baseadas num guião de entrevista. As entrevistas foram iniciadas com várias simples questões gerais, com vista a conhecer o estilo de vida dos participantes, a sua saúde, a sua nacionalidade, a sua idade, a sua família, a sua educação e o seu trabalho. Após estas questões, foi feita uma pergunta aberta, com o objetivo de possibilitar qualquer tipo de exposição sobre cada tema. Também teve como objetivo facilitar a fluidez das narrativas sobre as perspetivas dos participantes: "Eu gostaria de entender o que, no seu ponto de vista, contribui para o seu bem-estar sexual nessa fase da sua vida". Todas as entrevistas foram guiadas e gravadas pelo mesmo investigador (SVH),

que não teve qualquer relação anterior com os entrevistados. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos (a mais curta foi de 20 min e a mais longa foi de 45 minutos) e após sua conclusão, foi solicitado aos participantes que avaliassem o tempo e o processo de entrevista. Também lhes foi solicitado que identificassem as perguntas que considerassem difíceis de responder.

Quadro 1

Caracterização dos participantes tendo em conta variáveis sociodemográficas e de saúde

	Alemães		Portugueses		Total	
	n	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
N	68		68		136	
Idade *(M; SD)*	73,1 (4,104)		75,2 (5,381)		74,2 (4,743)	
Género						
Feminino	38	55,9	40	58,8	78	57,4
Masculino	30	44,1	28	41,2	58	42,6
Educação						
<Secundário	41	60,3	42	61,8	83	61,0
≥Secundário	27	39,7	26	38,2	53	39,0
Estado civil						
Casado ou numa relação	47	66,2	47	69,1	92	67,6
Não casado nem numa relação	23	33,8	21	30,9	44	32,4
Estado profissional						
Inactivo	47	69,1	46	67,6	93	68,4
Activo	21	30,9	22	32,4	43	31,6
Rendimento familiar anual						
≤10,000 €	30	44,1	36	52,9	66	48,5
≥10,001 €	38	55,9	32	47,1	70	51,5
Saúde percebida						
Boa	39	57,4	45	66,2	84	61.8
Má	29	42,6	23	33,8	52	38.2

Nota. Amostra total: *n*=163; *SD*=standard deviation.

Análise de dados. As representações das associações entre as categorias emergentes, bem como os constructos que podem funcionar como os principais determinantes do BES, foram avaliados por uma Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Os critérios estatísticos incluíram: (a) mínimo de 5,0% da variância total explicada por cada fator e (b) eigenvalue mínimo de 1 para cada fator. Os dados foram analisados com auxílio do SPSS para Windows (versão 19.0; SPSS Inc., Chicago, IL). Este estudo foi autorizado pelo Centro de Investigação William James do ISPA – Instituto Universitário.

RESULTADOS

Análise de Correspondência Múltipla das Categorias Emergentes

A análise de correspondência múltipla avaliou a estrutura de correlação do tema em estudo: o BES. Assim, os resultados indicam um modelo de BES para cada nacionalidade, com diversos fatores e cargas fatoriais.

Os resultados mostraram um modelo tridimensional (representando 73,1% da variância total), composto por: 'intimidade e bem-estar', 'atenção, erotismo e desejo', e 'atividade sexual e saúde', para os participantes alemães. Para os participantes portugueses verificou-se um modelo tridimensional (representando 90,5% da variância total), composto por: 'intimidade, saúde e desejo', 'afeto e bem-estar' e 'atividade sexual'.

Quadro 2

Categorias emergentes resultantes da análise de conteúdo da pré-categoria 'bem- estar sexual'.

	Alemães		Portugueses		Total	
	Frequência da Categoria	Percentagem da Categoria	Frequência da Categoria	Percentagem da Categoria	Frequência da Categoria	Percentagem da Categoria
Carinho e atenção	53	11,8	49	10,3	102	11,0
Intimidade com o parceiro	48	10,7	45	9,5	93	10,1
Contacto sexual	30	6,7	31	6,5	61	6,6
Abertura sexual e comunicação	57	12,7	38	8,0	95	10,3
Erotismo e sensualidade	48	10,7	49	10,3	97	10,5
Saúde sexual	51	11,4	49	10,3	100	10,8
Saúde física	57	12,7	41	8,6	98	10,6
Sentir-se atraente	39	8,7	41	8,6	80	8,7
Relação sexual	16	3,6	29	6,1	45	4,9
Desejo sexual por outros	16	3,6	29	6,1	45	4,9
Bem-estar emocional	15	3,3	37	7,8	52	5,6
Saúde mental	19	4,2	37	7,8	56	6,1
Score da pré-categoria 'bem-estar sexual'	449	100,0	475	100,0	924	100,0

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo investigar os possíveis mecanismos explicativos de um modelo global de BES numa amostra transnacional de idosos. Os nossos resultados mostram dois modelos de correlação de BES para idosos alemães e portugueses.

A ACM considerou a estrutura de correlação do BES e sugere que esta é em grande parte explicada por um modelo de três fatores, para cada nacionalidade. Assim, para os participantes alemães, 'intimidade com um parceiro', 'saúde sexual', e 'bem-estar emocional' constituiu o primeiro fator ('intimidade e bem-estar'). A literatura sugere que a intimidade está relacionada com a vivência da sexualidade na adultícia avançada (Robinson & Molzahn, 2007). Além disso, a felicidade dos adultos mais velhos foi positivamente associada à boa função sexual (Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

O segundo fator ('atenção, erotismo e desejo') compreendeu 'carinho e atenção', 'abertura sexual e comunicação', 'erotismo e sensualidade', 'desejo sexual por outros' e 'saúde mental'. Estes resultados corroboram dados de um estudo com idosos, em que, 86% dos entrevistados estavam envolvidos em atividades sexuais, tais como, beijos, abraços, carinhos, toque sexual, caricias, expressão de afeto, relação sexual, autoestimulação, e sexo oral (American Association of Retired Persons, 2005). De facto, relacionamentos promovem a proximidade entre indivíduos, o compromisso interpessoal e interesses comuns que definem o companheirismo, o cuidado, a sensualidade e a intimidade (Stroebe, Abakoumkin, & Schut, 1996). Contudo, a investigação tem dado menos atenção à influência de pessoas significativas no BES, uma vez que estudos não relacionam o BES e as relações sociais (Hirayama & Walker, 2010). Além disso, a ausência de saúde mental, por exemplo, na depressão, pode afetar negativamente o comportamento sexual e bem-estar na adultícia avançada (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009).

O terceiro fator ('atividade sexual e saúde') abrangeu 'toque sexual', 'saúde física', 'sentir-se atraente' e 'relação sexual'; assim, estes idosos valorizam tanto as atividades sexuais como a saúde física. No entanto, 'sentir-se atraente' (0,216) e 'relações sexuais' (0,213) têm uma carga baixa neste fator, o que indica que estas categorias não são muito significativas. O funcionamento sexual, a atividade, o interesse e a satisfação têm sido associados a benefícios físicos, como a saúde cardiovascular, maior relaxamento e diminuição da sensibilidade à dor (Brody, 2010; Chen, Zhan, & Tan, 2009; Jannini, Fischer, Bitzer, & McMahon, 2009). Além disso, os problemas de saúde dos idosos podem interferir com o desejo ou capacidade de o sujeito se envolver em atividades sexuais, como o toque e as relações sexuais (Karraker et al., 2011). Uma dada condição de saúde pode ter um efeito diferente sobre a função sexual em homens e mulheres idosos. Por exemplo, nos homens idosos, a hipertensão arterial pode comprometer o ato sexual através de disfunção erétil, mas a mesma condição numa mulher idosa pode não interferir com a sua capacidade para o coito vaginal (Dennerstein, Alexander, & Kotz, 2003).

Para os participantes portugueses, o primeiro fator ('intimidade, saúde e desejo') reuniu 'carinho e atenção', 'intimidade com o parceiro', 'saúde sexual', 'saúde física', e 'desejo sexual por outros'. A investigação até à data parece ter subestimado os idosos quanto ao seu potencial em lidar com as suas preocupações sobre o funcionamento sexual, através das suas relações sociais (Hirayama & Walker, 2010). A relação íntima com o parceiro pode fazer com que um pobre funcionamento sexual seja menos problemático e assim, proteger o bem-estar psicológico das preocupações sexuais (Hirayama & Walker, 2010). Além disso, as condições de saúde física podem ser relevantes para as relações sexuais e saúde sexual

(Lindau et al., 2007). Condições específicas, como a diabetes e a hipertensão estão associadas a uma diminuição da função sexual (Lindau et al., 2007).

'Abertura Sexual e comunicação', 'erotismo e sensualidade', 'sentir-se atraente', 'bem-estar emocional' e 'saúde mental' compuseram o segundo fator ('afeto e bem-estar'). No entanto, 'erotismo e sensualidade' (0,411), 'sentir-se atraente' (0,411) e 'relações sexuais' (0,434) tinham uma carga baixa neste fator, o que indica que estas categorias não são muito significativas. Hurd (2000) demonstrou que há uma mudança de prioridades à medida que as pessoas envelhecem e que sentir-se atraente e sensual afeta a sua autoestima (Hurd, 2000). O bem-estar emocional e psicológico de ambos os parceiros pode influenciar a expressão e atividade sexual (Laumann, Das, & Waite, 2008). A depressão está associada a uma diminuição da função sexual e bem-estar, comparativamente com pessoas com condições crónicas de saúde (Wells & Burman, 1991). Além disso, o uso de medicação antidepressiva está relacionado com o declínio do desejo sexual (DeLamater & Sill, 2005).

O terceiro fator ('atividade sexual') foi composta por 'toque sexual' e 'relação sexual'. Estes resultados são consistentes com a literatura, sugerindo que os idosos continuam a usufruir, valorizar e a se envolver em atividades sexuais (Lindau et al., 2007). Com o aumento da idade prevê-se uma diminuição da atividade sexual, relacionada com o declínio da saúde e a falta de parceiro (American Association of Retired Persons, 2005).

Os resultados apresentados trouxeram informação pertinente sobre a forma como os idosos demarcam o seu BES, bem como demonstraram a necessidade de explorar o potencial ainda pouco aprofundado de um modelo de BES global para a população idosa.

REFERÊNCIAS

American Association for Retired Persons (AARP). (2005). *Sexuality at Midlife and Beyond: 2004 Update of Attitudes and Behaviors*. Washigton, DC: Author.

Bachmann, G.A. & Lieblum, S.R. (2004). The impact of hormones on menopausal sexuality: A literature review. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, *11*(1), 120-130. http://dx.doi.org/10.1097/01.GME.0000075502.60230.28

Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *Journal of Sexual Medicine*, *7*, 1336-1361. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01677.x

Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., & Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 87-107. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9215-y

Chen, X., Zhang, Q., & Tan, X. (2009). Cardiovascular effects of sexual activity. *Indian Journal of Medical Research*, *130*, 681-688.

DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, *49*(2-3), 125-141. http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.603168

DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, *42*, 138-149. http://dx.doi.org/10.1080/00224490509552267

Dennerstein, L., Alexander, J. L., & Kotz, K. (2003). The menopause and sexual functioning: A review of the population-based studies. *Annual Review of Sex Research*, *14*, 64-82.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12,* 189-198.

Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, *56*, 1617-1628. http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6

Hirayama, R., & Walker, A.J. (2010). Who helps older adults with sexual problems? Confidants versus physicians. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *66*B(1), 109-118. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq021

Hurd, L. C. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women and Aging*, *12*, 77-97.

Jannini, E. A., Fischer, W. A., Bitzer, J., & McMahon, C. G. (2009). Is sex just fun? How sexual activity improves health. *Journal of Sexual Medicine*, *6*, 2640-2648. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01477.x

Karraker, A., DeLamater, J., & Schwartz, C. R. (2011). Sexual frequency decline from midlife to later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *66*, 502-512. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr058

Kenny, R. T. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth*, *5*(1), 91-106.

Kontula, O., & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research, 46*(1), 46-56. http://dx.doi.org/10.1080/00224490802624414

Laumann, E. O., Das, A., & Waite, L. J. (2008). Sexual dysfunction among older adults: Prevalence and risk factors from a nationally-representative U. S. probability sample of men and women 57-85 years of age. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 2300-2311. http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00974.x

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 537-544. http://dx.doi.org/10.1001/jama.281.6.537

Lindau, S., Schumm, P., Laumman, E. O., Levinson, W., O'Muircheataigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A national study of sexual and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, *357*, 762-774. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423

Löckenhoff, C. E., De Fruyt, F., Terracciano, A., McCrae, R. R., De Bolle, M., & Costa, P. T. Jr. et al. (2009). Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. *Psychology and Aging, 24*(4), 941-954. http://dx.doi.org/10.1037/a0016901

Mona, L. R., Syme, M. L., Goldwaser, G., Cameron, R. P., Chen, Clemency, C., . . . Lemos, L. (2011). Sexual health in older adults: Conceptualization and treatment. In K. Sorocco & S. Lauderdale (Eds.), *Cognitive behavior therapy with older adults: Innovations across care settings* (pp. 261-285). New York: Springer.

Robinson, J. G., & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, *33*(3), 19-27.

Rosen, R. C., & Bachmann, J. A. (2008). Sexual well-being, happiness and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *34*, 291-297. http://dx.doi.org/10.1080/00926230802096234

Schwartz, P., Diefendorf, S., & McGlynn-Wright, A. (2014). Sexuality in Aging. In D. L. Tolman & L. M. Diamond (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. 1. Person-Based Approaches* (pp. 523-551). Washington: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/14193-017

Southard, N., & Keller, J. (2008). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 213-217. http://dx.doi.org/10.1188/09.CJON.213-217

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 1241-1249. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr058

Torres, S. (2003). A preliminary empirical test of a culturally-relevant theoretical framework for the study of successful aging. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, *18*(1), 79100.

von Humbolt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2012a). Adjustment and age through the eyes of Portuguese and English community-dwelling older adults. *Studies in Sociology of Science*, *3*(3), 1-9. http://dx.doi.org/10.3968/j.sss.1923018420120303.1544

Wells, K. B., & Burman, M. A. (1991). Caring for depression in America: Lessons learned from early findings of the medical outcomes study. *Psychiatric Medicine*, *9*, 503-519. http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(91)90056-3

WHO. (2006). *Defining sexual health – Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002*. Geneva. Sexual Health Document Series. Geneva, World Health Organisation.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Bem-estar sexual numa amostra transnacional de idosos

ANA MONTEIRO (*)
SOFIA VON HUMBOLDT (*)
ISABEL LEAL (*)

O envelhecimento da população está a progredir rapidamente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A proporção da população mundial de idosos com 60 ou mais anos aumentou de 8% (em 1950) para 12% (em 2013) e deverá atingir os 21% (em 2050). Além disso, a população idosa também está a envelhecer. Globalmente, a percentagem de pessoas idosas com idade entre 80 ou mais anos era de 14% em 2013 e é esperada que chegue aos 19% em 2050 (United Nations, 2013).

A sexualidade é um termo amplo que inclui componentes sociais, emocionais e físicas (Southard & Keller, 2008). Os atos sexuais são uma componente importante para uma relação emocional íntima na vida tardia (Gott & Hinchliff, 2003) e uma parte importante da vida (Lindau et al., 2007; Kontula & Haavio Kontula-Mannila, 2009).

O bem-estar sexual (BES) tem sido uma dimensão ignorada pela comunidade científica e tendo sido descurada a sua relação indireta e direta com o envelhecimento bem-sucedido. As definições de bem-estar sexual variam entre os estudos e muitas vezes focam apenas a disfunção sexual (Mona et al., 2011).

A ligação entre o BES e o envelhecimento tem sido uma área negligenciada da investigação (Trudel et al., 2010). O desenvolvimento sexual desde o nascimento até ao final do período fértil é um assunto bem explorado nas ciências sociais. No entanto, o desenvolvimento sexual dos idosos tem recebido muito menos atenção (DeLamater, 2012; Schwartz, Diefendorf & McGlynn-Wright, 2014); isto devido em parte à crença que os idosos são assexuais (Kenny, 2013). Além disso, a sexualidade nos idosos foi muitas vezes considerada como um tema de investigação de âmbito médico (Gott & Hinchliff, 2003). Na verdade, o tratamento das condições sexuais adjacentes à idade, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e o comportamento sexual de risco entre os idosos, são as áreas mais abordadas quando se considera o BES dos idosos (Kenny, 2013; Lindau & Gavrilova, 2010).

Tendo em conta que o BES na adultícia avançada é auto-percebido e que as pessoas de diferentes culturas mostram diferentes significados para as suas experiências, a

(*) William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

investigação qualitativa permite o acesso às diferentes perspetivas e experiências dos idosos. Desta forma, um estudo de comparação internacional é pertinente dado que fornece dados importantes das experiências dos idosos num contexto transcultural (e.g., Karraker, DeLamater & Schwartz, 2011; Schwartz et al., 2014).

O conhecimento sobre o BES em idosos é importante para o planeamento de recursos de saúde pública, de conhecimentos especializados e serviços, de forma a manter ou reforçar o BES dos idosos. Como tal, este estudo tem como objetivo analisar o BES segundo a perspetiva dos idosos.

MÉTODO

Participantes

A amostra total incluiu 163 indivíduos não institucionalizados, com idades entre 65 ou mais anos (*M*=74,2; *DP*=4,743; entre os 65-97), 57,4% do sexo feminino, 50,0% alemães e 67,6% casados ou num relacionamento. A amostragem teve em conta a disponibilidade dos participantes, tendo estes sido recrutados em universidades seniores e centros comunitários e de arte, em Lisboa e no Algarve. Após o consentimento informado ter sido recebido, os participantes passaram por uma avaliação cognitiva. A elegibilidade dos participantes englobou os seguintes: (1) 75 anos de idade ou mais e (2) pontuação satisfatória no Exame do Estado Mini-Mental (> 26) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Nenhum dos participantes possuía qualquer histórico de doença neurológica ou psiquiátrica, ou história de abuso de drogas ou álcool, que pudesse comprometer a função cognitiva. As normas da American Psychological Association sobre o tratamento ético dos participantes foram seguidas.

Material e Procedimento

Recolha de dados. As entrevistas semiestruturadas tiveram como base um guião de entrevista e foram realizadas no domicílio dos participantes. Cada entrevista foi realizada individualmente e começou com um conjunto de simples questões gerais, de forma a conhecer o estilo de vida dos participantes, bem como saúde, nacionalidade, idade, família, educação e trabalho. Estas questões foram seguidas por uma pergunta aberta, que foi criada com o objetivo de permitir qualquer tipo de narrativa sobre cada tema, bem como facilitar a fluência das narrativas dos participantes sobre suas perspetivas: "Eu gostaria de entender o que, no seu ponto de vista, contribui para o seu bem-estar sexual nessa fase da sua vida". Esta questão foi elaborada de forma a abordar o constructo em estudo: o BES. Todas as entrevistas foram conduzidas e áudio-gravadas pelo mesmo investigador (SVH), que não teve qualquer relacionamento anterior com os participantes. As entrevistas tiveram duração

média de 30 minutos; a mais curta foi de 20 min e a mais longa foi de 45 minutos. Após a conclusão da entrevista, os participantes foram convidados a avaliar o tempo e o processo de entrevista. Os participantes também foram convidados a identificar quaisquer perguntas que tivessem achado difíceis de responder.

Análise de dados. Os dados foram analisados, através da análise de conteúdos, tendo sido usado o seguinte procedimento: (a) desenvolvimento de grandes categorias emergentes, mutuamente exclusivas, que refletiam as 163 entrevistas, para a pré-existente categoria: BES; (b) a criação de uma lista de codificação; (c) análise das citações literais e das melhores caracterizações para uma determinada categoria emergente; (d) definição de subcategorias, dentro e através das narrativas, preservando ao mesmo tempo o princípio da homogeneidade da categoria e (e) derivação de grandes categorias emergentes até o ponto de saturação teórica ter sido alcançado (Bardin, 2007). A estrutura de subcategorias e categorias foi então submetida a uma avaliação externa e a um feedback crítico obtido por colaboradores com experiência com idosos. Uma análise independente das 163 entrevistas foi realizada por um júri composto por dois psicólogos, bem como um grupo final de co-resolução. A fiabilidade entre investigadores foi medida através de Kappa de Cohen. Todas as categorias do BES apresentaram um valor acima de 0,80 ($0{,}849 \leq k \leq 0{,}934$), indicando, assim, uma elevada taxa de concordância. Os dados foram analisados usando SPSS para Windows (versão 19.0; SPSS Inc., Chicago, IL). A coordenação do Centro de Investigação William James do ISPA – Instituto Universitário aprovou este estudo.

RESULTADOS

Análise de Conteúdo das Categorias Emergentes

Foram designadas um total de 12 categorias para o BES: (a) 'carinho e atenção'; (b) 'intimidade com o parceiro'; (c) 'contacto sexual'; (d) 'abertura sexual e comunicação'; (e) 'erotismo e sensualidade'; (f) 'saúde sexual'; (g) 'saúde física'; (h) 'sentir-se atraente'; (i) 'relação sexual'; (j) 'desejo sexual por outros'; (k) 'bem-estar emocional'; e (l) 'saúde mental'. 'Carinho e atenção' foi o indicador mais relatado de BES para os participantes (11,0%), ao passo que 'relação sexual' e 'desejo sexual por outros' foram os indicadores menos referidos de BES (ambos 4,9%).

'Abertura sexual e comunicação' e 'saúde física' foram os indicadores mais verbalizados do BES pelos participantes alemães (ambos 12,7%), porém 'bem-estar emocional' foi o indicador menos mencionado pelos participantes alemães (3,3%) para o BES. Além disso, 'carinho e atenção', 'erotismo e sensualidade' e 'saúde sexual' foram os indicadores de BES mais citados pelos participantes portugueses (10,3%), no entanto 'relação sexual' e 'desejo sexual por outros' foram os indicadores menos mencionados pelos participantes alemães (6,1%).

Carinho e atenção. Os participantes relataram que as manifestações de carinho e atenção, tais como carícias, abraços e beijos foram importantes para o seu BES.

"Nós beijamo-nos muito quando estamos sozinhos." (Participante 17)

"Nós abraçamo-nos cada vez que nos apetece." (Participante 78)

Intimidade com o parceiro. Os participantes verbalizaram a partilha de intimidade com um parceiro, como contribuindo para o seu BES.

"O meu marido e eu temos uma vida íntima muito agradável. Nós temos os nossos próprios jogos e queremos mantê-los assim." (Participante 41)

"Ser capaz de compartilhar intimidade com alguém é importante para mim e é uma das melhores coisas da vida." (Participante 16)

Contacto sexual. O contacto sexual, como acariciar, massajar, esfregar, tocar com os lábios e os dedos, foi verbalizado pelos participantes, como contribuindo para o seu BES.

"Eu preciso sentir que ele gosta de me tocar." (Participante 123)

"Eu gosto de ser acariciada e massajada." (Participante 111).

"Temos o nosso ritual íntimo. Nós primeiro acariciamo-nos por muito tempo e só depois é que passamos a outros atos sexuais." (Participante 143).

Abertura sexual e comunicação. Ser capaz de comunicar abertamente as preocupações sexuais, as fantasias e as expectativas foi apontada como um indicador relevante do BES. Ainda, mostrar uma atitude de aceitação relativa a interesses sexuais foi verbalizado como importante para o BES.

"Eu sinto que posso falar abertamente com a minha esposa sobre as minhas expectativas sexuais." (Participante 67)

"Ele aceita todas as minhas fantasias sexuais." (Participante 21)

Erotismo e sensualidade. O erotismo e sensualidade foi verbalizado como contribuindo para o BES dos participantes. Além disso, os idosos relataram excitação sexual, dança, fantasias sexuais e antecipação para o contato sexual, como significativos para o seu erotismo e sensualidade.

"Eu fico num estado de excitação sexual quando eu antecipo que ele me vai tocar." (Participante 35)

"Estimular as minhas zonas erógenas é muito erótico para mim." (Participante 51)

Saúde sexual. A saúde sexual foi verbalizada como um indicador relevante do BES. Além disso, problemas relacionados com a função sexual, tais como, a disfunção eréctil, dor com a penetração e secura vaginal foram proferidos como afetando negativamente o BES.

"Tudo funciona corretamente. Eu continuo a sentir-me um homem." (Participante 27)

"Eu já não sinto dor durante o sexo. Isso realmente melhorou a minha vida sexual." (Participante 102)

Saúde física. A função física foi relatada pelos participantes como contribuindo para o BES. Além disso, algumas condições físicas, tais como a hipertensão e a diabetes, e a ingestão de medicamentos foram indicados como afetando negativamente o BES.

"Eu cuido da minha saúde. Uma simples dor de cabeça pode prejudicar o meu interesse sexual." (Participante 131)

"*Eu preciso sentir-me fisicamente bem, para praticar sexo com meu parceiro."* (Participante 154).

Sentir-se atraente. Sentir-se atraente para os outros, ou seja, para o seu parceiro foi indicado pelos participantes como contribuindo para o BES.

"Eu necessito sentir-me bonita e atraente para o meu marido." (Participante 112)

"A minha esposa ainda acha que tenho bom aspeto e isso é importante para o meu impulso sexual." (Participante 157).

Relação sexual. A relação sexual, nomeadamente a penetração vaginal e o sexo oral, foi relatada como relevante para o BES de idosos.

"Para mim, o sexo é principalmente penetração." (Participante 56)

"Nós usamos bem o nosso tempo a dois pois gostamos de fazer sexo." (Participante 118)

Desejo sexual por outros. Sentir o desejo por os outros foi declarado como importante para o BES dos idosos.

"Eu preciso sentir desejo por ele, para ter relações sexuais." (Participante 42)

"Sexo não vale a pena, sem sentir o desejo sexual." (Participante 51)

Bem-estar emocional. O bem-estar emocional e psicológico foi indicado pelos participantes como contribuindo para a sua expressão sexual e BES.

"Estar num relacionamento estável dá-me bem-estar emocional e permite que eu me expresse totalmente sexualmente." (Participante 14)

"Bem-estar emocional é fundamental para ter uma vida sexual." (Participante 78)

Saúde mental. A saúde mental foi verbalizada como um indicador relevante do BES. Além disso, os problemas relacionados com a falta de saúde mental, como depressão e ansiedade, afetou negativamente o comportamento sexual destes participantes.

"Às vezes eu sinto-me deprimido. Nestas alturas, é difícil para mim pensar em ter uma vida sexual." (Participante 76)

"Eu preciso estar mentalmente bem para estar disponível para o sexo." (Participante 98)

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar o BES segundo a perspetiva dos idosos numa amostra transnacional de idosos. Os nossos resultados mostram a relevância de 'carinho e atenção', 'saúde sexual' e 'saúde física', como os principais indicadores de BES. De facto, tem sido demonstrado que o desejo sexual na adultícia avançada está relacionado com afeto e com demonstração de atenção e cuidados (DeLamater & Sill, 2005). Ainda, no que toca à saúde sexual, esta pode ser afetada pela função física e medicamentos (por exemplo, hipertensão, diabetes) (DeLamater & Sill, 2005). Além disso, as condições de saúde física podem ser relevantes para as relações sexuais e saúde sexual (Lindau et al., 2007). A saúde física afeta a capacidade dos indivíduos e dos seus parceiros se envolverem numa atividade sexual, e a mortalidade influencia a disponibilidade dos parceiros sexuais (Karraker et al., 2011).

Para os participantes alemães os indicadores mais verbalizados foram 'abertura sexual e comunicação' e 'saúde física' e o menos citado foi 'bem-estar emocional'. De facto, comunicar abertamente com outras pessoas significativas contribui para esclarecer as suas expectativas sexuais, sobre o afeto, expressão sexual, erotismo e sensualidade (Hirayama & Walker, 2011). Contudo, a investigação tem dado menos atenção à influência de pessoas significativas no BES, embora seja claro que as relações sociais tenham um impacto considerável no estado de saúde dos idosos. Quanto à saúde física, a ligação entre a saúde física e a atividade sexual pode explicar a associação observada entre o aumento da idade e a diminuição do envolvimento na atividade sexual (Call, Sprecher, & Schwartz, 1995; Galinsky & Waite, 2014). O bem-estar emocional foi dos indicadores menos mencionados pelos participantes alemães, o que não vai ao encontro com Hirayama e Walker (2011) que afirmam que a forma como os idosos percebem o seu funcionamento sexual prediz o seu bem-estar mental e emocional. Ainda, Rosen e Bachmann (2008) que descobriram que a atividade sexual e a satisfação estão associadas positivamente com o bem-estar emocional, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal.

'Carinho e atenção', 'eroticismo e sensualidade' e 'saúde sexual' foram os indicadores mais mencionados pelos participantes portugueses, contudo 'relação sexual' e 'desejo sexual por outros' foram os indicadores menos referidos. De facto, o desejo sexual na adultícia avançada está relacionado com afeto e com demonstração de cuidados (DeLamater & Sill, 2005). Face ao erotismo e sensualidade, estes resultados corroboram dados de um estudo com idosos, em que estes estavam envolvidos em atividades sexuais (American Association of Retired Persons, 2005). De facto, os relacionamentos promovem a sensualidade (Stroebe, Abakoumkin, e Schut, 1996). Ainda, tendo em conta aos resultados face à saúde sexual, as condições de saúde física podem ser relevantes para as relações sexuais e saúde sexual (Lindau et al., 2007), sendo que a saúde sexual pode ser afetada pela função física e medicamentos (e.g., hipertensão, diabetes) (DeLamater & Sill, 2005). A relação sexual foi um indicador pouco mencionado, não corroborando o facto de os idosos não estarem apenas envolvidos em atividades sexuais, como também na prática de coito, como foi demonstrado pela American Association of Retired Persons, (2005).

Também um indicador pouco mencionado foi o desejo sexual por outros, o que não vai ao encontro da literatura que constata que o desejo sexual na adultícia avançada tem sido mais relacionado a aspectos sociais ou relacionais, incluindo, a intimidade, o afeto e a demonstração de cuidados, do que a variáveis fisiológicas (DeLamater & Sill, 2005).

Constata-se, ainda que a intimidade com o parceiro, o contacto sexual, o sentir-se atraente e a saúde mental foram indicadores com pouco destaque. Contudo, importa salientar que a literatura sugere que a intimidade, ou seja, a sensação de proximidade e familiaridade com outro, está relacionada com a vivência da sexualidade na adultícia avançada (Robinson & Molzahn, 2007). Ainda, quanto ao contacto sexual, este parece relevante para o BES uma vez que permite a manutenção de intimidade física por meio de carícias e toques quando o sexo com penetração não é possível (Gott & Hinchliff, 2003). À medida que as pessoas envelhecem, a forma como os sujeitos se expressam sexualmente pode mudar, com menos foco no orgasmo ou coito vaginal e mais frequência de toques sexuais (Galinsky, 2012). No que se refere ao sentir-se atraente, para os adultos mais velhos, sentir-se atraente e sensual afeta a sua auto-estima (Hurd, 2000). Este autor destacou, ainda, a mudança de prioridades à medida que as pessoas envelhecem, isto é, o facto de a ênfase na aparência atrativa aos olhos de outrem ser substituída por uma ênfase na saúde. Por fim, quanto à saúde mental, a sua ausência, por exemplo, na depressão, pode afetar negativamente o comportamento sexual e o bem-estar na adultícia avançada (Carpenter, Nathanson, & Kim, 2009). Também, a diminuição da saúde mental e da função cognitiva associada ao envelhecimento (Cole & Dendukuri, 2003) pode afetar a expressão sexual.

O presente estudo representa um passo importante na compreensão empírica do potencial do BES na adultícia avançada. Foram identificados vários indicadores que podem contribuir positivamente para o aumento do BES na adultícia avançada. Assim, os programas de políticas e intervenções comunitárias, que incluem indicadores específicos do BES como afeto e cuidados, saúde sexual e saúde física, são recomendados.

Em suma, este estudo ilustra a natureza transcultural e multidimensional do BES nos idosos, e os resultados enfatizam a necessidade de explorar os indicadores do BES na perspetiva dos idosos.

REFERÊNCIAS

American Association for Retired Persons (AARP). (2005). *Sexuality at Midlife and Beyond: 2004 Update of Attitudes and Behaviors*. Washigton, DC: Author.

Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo* [Content analysis]. Lisboa: Edições 70.

Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, *57*, 639-652. http://dx.doi.org/10.2307/353919

Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., & Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, *38*, 87-107. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-007-9215-y

Cole, M. G. & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*(6), 1147-56. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147

DeLamater, J. (2012). Sexual expression in later life: A review and synthesis. *Journal of Sex Research*, *49*(2–3), 125-141. http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2011.603168

DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, *42*, 138-149. http://dx.doi.org/10.1080/00224490509552267

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12,* 189-98.

Galinsky, A. M. (2012). Sexual touching and difficulties with sexual arousal and orgasm among U. S. older adults. *Archives of Sexual Behavior*, *41*, 875-890. http://dx.doi.org/10.1007/s10508-011-9873-7

Galinsky, A. M., & Waite, L. J. (2014). Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *69*(3), 482-493. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt165

Gott, M. & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social Science & Medicine*, *56*, 1617-1628. http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00180-6

Hirayama, R., & Walker, A.J. (2011). Who helps older adults with sexual problems? Confidants versus physicians. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *66*B(1), 109-118. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq021

Hurd, L. C. (2000). Older women's body image and embodied experience: An exploration. *Journal of Women and Aging*, *12*, 77-97.

Karraker, A., DeLamater, J., & Schwartz, C. R. (2011). Sexual frequency decline from midlife to later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *66*, 502-512. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr058

Kenny, R.T. (2013). A review of the literature on sexual development of older adults in relation to the asexual stereotype of older adults. *Canadian Journal of Family and Youth*, *5*(1), 91-106.

Kontula, O. & Haavio-Mannila, E. (2009). The impact of aging on human sexual activity and sexual desire. *Journal of Sex Research, 46*(1), 46-56. http://dx.doi.org/10.1080/00224490802624414

Lindau, S. T. & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, *340*(810), 1-11. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c810

Lindau, S., Schumm, P., Laumman, E. O., Levinson, W., O'Muircheataigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A national study of sexual and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, *357*, 762-774. http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa067423

Mona, L. R., Syme, M. L., Goldwaser, G., Cameron, R. P., Chen, Clemency, C…..Lemos, L. (2011). Sexual health in older adults: Conceptualization and treatment. In K. Sorocco & S. Lauderdale (Eds.), *Cognitive behavior therapy with older adults :Innovations across care settings* (pp. 261-285). New York: Springer.

Robinson, J. G., & Molzahn, A. E. (2007). Sexuality and quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*, *33*(3), 19-27.

Rosen, R. C., & Bachmann, J. A. (2008). Sexual well-being, happiness and satisfaction, in women: The case for a new conceptual paradigm. *Journal of Sex and Marital Therapy*, *34*, 291-297. http://dx.doi.org/10.1080/00926230802096234

Schwartz, P., Diefendorf, S. & McGlynn-Wright, A. (2014). Sexuality in Aging. In D. L. Tolman & L. M. Diamond (Eds.), *APA Handbook of Sexuality and Psychology: Vol. 1. Person-Based Approaches* (pp. 523-551). Washington: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/14193-017

Southard, N. & Keller, J. (2008). The importance of assessing sexuality: A patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 213-217. http://dx.doi.org/10.1188/09.CJON.213-217

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G., & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 1241-1249. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr058

Trudel, G., Trugeon, L. & Piché, L. (2010). Marital and sexual aspects of old age. *Sexual and Relationship Therapy*, *25*(3), 316-341. http://dx.doi.org/10.1080/14681991003750467

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2013). *World Population Ageing 2013*. New York: United Nations.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais – Perceção dos Pais (IQRI-PP): Propriedades psicométricas

ANA PAULA MATOS (*)
MARIA DO ROSÁRIO PINHEIRO (*)
JOSÉ JOAQUIM COSTA (*)
ANDREIA MOTA (*)

O suporte social implica um padrão persistente de laços que assumem uma grande relevância na manutenção da integridade física e psicológica do indivíduo (Caplan, 1974). A literatura faz referência a uma associação entre perceção de suporte e saúde e bem-estar (e.g., Chandola, Marmot, & Siegrist, 2007; Cousson-Gélie, Chalvron, Zozaya, & Lafaye, 2013) e menciona ainda que menos suporte e mais conflito nas relações familiares se relacionam com psicopatologia na adolescência (e.g., Cheng et al., 2014; Sheeber, Hops, Alpert, Davis, & Andrews, 1997).

Apesar da importância reconhecida do suporte social, pouca atenção tinha sido dada às perceções associadas a relacionamentos específicos, motivo que conduziu Pierce, Sarason e Sarason (1991) à criação de um instrumento que as permitisse medir. Com o QRI (Quality of Relationships Inventory) avaliam-se indicadores de conflito, suporte social e profundidade. No sentido de se perceber a estrutura fatorial da escala, avaliou-se a variabilidade dos resultados nos itens, realizou-se uma análise fatorial exploratória (AFE) – método *Maximum Likehood* com rotação oblíqua – e, por fim, analisaram-se as saturações fatoriais dos itens. Assim, o QRI acabou por ser constituído por 25 itens – 6 correspondentes ao fator Profundidade, 7 ao Suporte e 12 ao Conflito (Pierce et al., 1991).

Na versão portuguesa, o QRI designa-se Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais (IQRI), e foi adaptado e validado por Neves e Pinheiro (2006). Analisaram-se relacionamentos específicos (mãe, pai, amigo e namorado/a) em estudantes universitários e a estrutura fatorial mostrou-se semelhante à dos autores originais (Pierce et al., 1991). Em Portugal, foram ainda efetuadas AFE por Matos, Pinheiro e Marques (2013) e Pinheiro, Matos e Marques (2013), numa amostra de 164 adolescentes, onde se encontrou para os relacionamentos mãe e pai uma estrutura fatorial de 2 fatores. Numa amostra de 312 adolescentes, as análises fatoriais confirmatórias demonstraram que se deveria manter os 3

(*) Faculdade de Psicologia e de ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental,Coimbra, Portugal.

fatores para os mesmos relacionamentos (Marques, Matos, & Pinheiro, 2014; Marques, Pinheiro, Matos, & Marques, 2015).

A estrutura fatorial do QRI tem vindo a ser estudada noutros países. Nakano et al. (2002) encontraram, numa amostra de 40 casais japoneses, uma estrutura bi-fatorial; já Verhofstadt, Buysse, Rossel e Peene (2006) num estudo com 286 casais belgas obtiveram uma estrutura de 3 fatores, semelhante à do estudo original; por sua vez Reiner, Beautel, Skaletz, Brahler e Stobel-Richter (2012), numa amostra de 1494 adultos, validaram a versão alemã que replicou a estrutura tri-fatorial; finalmente, Cousson-Gélie et al. (2013) obtiveram uma estrutura semelhante em França, numa amostra de 388 pacientes com cancro.

Na presente investigação, analisa-se uma versão para pais (IQRI-PP) desenvolvida a partir do IQRI (Neves & Pinheiro, 2006), para avaliar a perceção dos pais acerca da qualidade dos relacionamentos que mantêm com os filhos. Os itens do IQRI foram adaptados para que adequassem ao papel dos pais.

Desta forma, neste estudo, pretendemos analisar a consistência interna e a estrutura fatorial do IQRI-PP, esperando dados semelhantes aos obtidos nos estudos portugueses realizados anteriormente com o IQRI.

MÉTODO

Participantes

A amostra da AFE é composta por 160 pais, 133 do sexo feminino (83,1%) e 27 do masculino (16,9%) sendo que as suas idades variam entre os 28 e os 64 anos (M=43,05, DP=6,01).

Instrumento

Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais – Perceção dos Pais (IQRI-PP; Pinheiro, Matos, Mota, Marques, & Costa, 2015). O IQRI-PP foi desenvolvido a partir do IQRI e pretende avaliar a perceção de suporte nos relacionamentos entre pais e filhos. O IQRI originalmente desenvolvido por Pierce et al. (1991), foi traduzido e adaptado por Neves e Pinheiro (2006). Nesta versão portuguesa do IQRI o instrumento é constituído por 25 itens, que se classificam através de uma escala tipo *Likert* de 1 "Nunca ou nada" a 4 "Sempre ou muito". A sua pontuação é obtida por fatores, que se calculam através da média dos itens que os constituem (Pierce et al., 1991). No estudo de Pierce et al. (1991) obtiveram-se bons valores de alfas de *Cronbach* nas dimensões Conflito, Suporte e Profundidade – para a mãe (0,88, 0,83 e 0,83), pai (0,88, 0,88 e 0,86) e amigo (0,91, 0,85 e 0,84). No estudo de Neves e Pinheiro (2006), obteve-se uma estrutura fatorial semelhante

e replicaram-se os bons coeficientes α (mãe – 0,87, 0,84 e 0,80; pai – 0,89, 0,91 e 0,89; amigo – 0,88, 0,84 e 0,84; e, namorado – 0,84, 0,78 e 0,74).

Procedimento

Os pais foram informados acerca da finalidade do estudo e da natureza voluntária da sua participação. Foi-lhes assegurada a confidencialidade e pedido para assinarem um consentimento informado.

Estratégia analítica

A inserção de dados, as análises descritivas e os respetivos procedimentos estatísticos para se proceder à AFE foram concretizados através do *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 22.0 para o *Windows*).

O IQRI-PP foi analisado por uma AFE, onde se realizou uma extração de fatores pelo método das Componentes Principais, seguindo-se uma rotação ortogonal *Varimax*. Primeiramente estudaram-se os pressupostos estatísticos para realizar esta análise.

RESULTADOS

Análise Fatorial Exploratória

Procedeu-se a uma análise de Componentes Principais, onde se observou um valor de *KMO* de 0,851 – considerado bom, entre 0,8 e 0,9 (Sharma, 1996 citado em Marôco, 2014). O teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(120)}$=1304,913; p<0,001) revelou-se significativo, sendo também um indicador da adequação dos dados para a realização da análise fatorial.

A análise do *Scree Plot* demonstrou uma grande inflexão do fator 2 para o 3. Foram conduzidas quatro AFE até se chegar à solução final que se demonstrou mais adequada (2 fatores com 16 itens). Primeiramente observou-se como se comportavam os itens numa solução fatorial sem forçar o número de fatores e posteriormente testou-se a estrutura tri-fatorial dos autores originais (Pierce et al., 1991). No entanto, verificou-se que o terceiro fator não era interpretável, optando-se, desta forma, por uma estrutura bi-fatorial. Posteriormente, tendo em consideração os valores das comunalidades, eliminaram-se os itens 1, 2, 5, 7, 15, 17, 22, 24 e 25, por terem valores inferiores a 0,40. Assim, os pesos fatoriais mostraram-se todos acima de 0,60 [0,40 – mínimo recomendado por Stevens (2012)], e não houve registo de itens que saturassem, em simultâneo, mais do que 0,29 em 2 fatores (Pierce et al., 1991). No quadro 1 são descritos os pesos fatoriais dos itens nos respetivos fatores, e as suas comunalidades.

Quadro 1

Pesos fatoriais e Comunalidades (h^2) (N=160)

Item	F1 (*S/P*)	F2 (*C*)	h^2
Item 11. Na sua vida, até que ponto o relacionamento com o seu educando é importante?	0,85		0,73
Item 13. Até que ponto sentiria a falta do seu educando se os dois não se pudessem ver ou falar durante 1 mês?	0,80		0,65
Item 8. No caso de um membro muito próximo da sua família falecer, até que ponto o seu educando pode contar consigo para o ajudar?	0,78		0,62
Item 16. Até que ponto se sente responsável pelo bem-estar do seu educando?	0,76		0,57
Item 18. Até que ponto o seu educando pode contar consigo para o ouvir quando ele está bastante zangado/a com outra pessoa?	0,73		0,63
Item 3. Até que ponto o seu educando pode contar consigo para o ajudar quando ele tem um problema?	0,71		0,51
Item 10. Quão positivo é o papel do seu educando na sua vida?	0,69		0,49
Item 12. Quão próximo será o relacionamento com o seu educando daqui a 10 anos?	0,69		0,53
Item 23. Com que frequência o seu educando o faz sentir zangado/a?		0,83	0,64
Item 21. Quanto é que discute com o seu educando?		0,80	0,69
Item 20. Quanto é que o seu educando o consegue pôr zangado/a?		0,78	0,61
Item 19. O quanto é que deseja que o seu educando mude?		0,72	0,52
Item 6. O quanto é que o seu educando o consegue fazer sentir de culpado?		0,70	0,50
Item 4. Até que ponto é que o seu educando o consegue pôr chateado/a?		0,69	0,47
Item 9. Até que ponto é que o seu educando deseja que você mude?		0,65	0,48
Item 14. Quão crítico o seu educando é em relação a si?		0,64	0,41
Valor próprio	5,34	3,71	-
Variância explicada	33,40%	23,22%	-

Nota. S/P=Suporte/Profundidade; C=Conflito.

Pôde observar-se que os valores próprios são de 5,344, para o primeiro fator, e de 3,714 para o segundo, e explicam, respetivamente, 33,40% e 23,22% (56,62%) da variância total. Os 8 itens que constituem o fator 1 têm um conteúdo que se caracteriza por apoio emocional e proximidade no relacionamento. Utilizando-se as denominações do estudo original (Pierce et al., 1991), decidiu-se que este fator avaliaria a dimensão de suporte/profundidade. De acordo com as mesmas denominações, os restantes itens (fator 2) avaliam a dimensão conflito.

De seguida analisou-se a correlação entre os fatores do IQRI-PP, a qual se revelou negativa, baixa e significativa (r=-0,174, p<0,05).

No que concerne às estatísticas descritivas, analisaram-se as médias e os desvios-padrão para os 2 fatores em estudo. O valor mínimo possível é sempre 1 e o máximo 4. No fator suporte/profundidade a média de respostas é de 3,84 (*DP*=0,35) e no conflito observa-se uma média de 2,06 (*DP*=0,51). Pode-se concluir que, nesta amostra, há um valor médio de conflito mais baixo do que de suporte/profundidade.

Estudaram-se ainda as propriedades dos itens e a consistência interna, de correlações item-total e do valor do *α* de *Cronbach* quando esse item é eliminado. No fator suporte/profundidade o valor do alfa foi de 0,89 e no conflito 0,86. Neste fator as correlações item-total variaram entre 0,56 e 0,71; já no suporte/profundidade estas correlações variaram entre 0,61 e 0,77. A fiabilidade dos fatores não aumentava com a retirada de qualquer dos itens, pelo que não se eliminou nenhum (cf. Quadro 2).

Quadro 2

Médias (M) e Desvios-padrão (DP), Correlações Item-total (r), Alfa de Cronbach quando o item é eliminado (α) e Alfa de Cronbach das subescalas

Fatores / Itens	*M*	*DP*	*r*	*α*
Fator 1: Suporte / Profundidade (α=0,89)				
Item 11	3,92	0,37	0,77	0,87
Item 13	3,87	0,43	0,71	0,87
Item 8 3,89	0,42	0,68	0,87	
Item 3 3,83	0,50	0,63	0,88	
Item 16	3,86	0,40	0,66	0,87
Item 18	3,79	0,52	0,69	0,87
Item 12	3,75	0,54	0,62	0,88
Item 10	3,84	0,50	0,61	0,88
Fator 2: Conflito (α=0,86)				
Item 23	2,08	0,53	0,71	0,84
Item 21	2,09	0,57	0,70	0,84
Item 20	2,15	0,60	0,66	0,84
Item 6 1,75	0,70	0,61	084	
Item 19	2,03	0,85	0,64	0,84
Item 4 2,17	0,64	0,57	0,85	
Item 9 1,87	0,83	0,59	0,85	
Item 14	2,33	0,93	0,56	0,86

DISCUSSÃO

Nesta investigação estudou-se a dimensionalidade do IQRI-PP. Para tal, realizou-se uma AFE, onde se encontrou uma estrutura bi-fatorial, como já havia ocorrido na amostra japonesa (Nakano et al., 2002) e nas portuguesas (Matos et al., 2013; Pinheiro et al., 2013). Realça-se ainda o facto de os 2 fatores que se aglutinaram (suporte e profundidade), terem já demonstrado no estudo original um alto coeficiente de correlação (*r*=0,61), o que poderá

indicar alguma dificuldade na sua diferenciação (Nakano et al., 2002). Esta junção faz sentido, uma vez que tendemos a esperar mais suporte das pessoas com quem temos relacionamentos mais positivos.

Pretendeu-se que o IQRI-PP fosse fiel à estrutura original, mas que se mantivesse igualmente fiável. Noutras investigações deve voltar a testar-se a estrutura obtida, considerando-se a possibilidade de se ser menos conservador numa eventual reformulação dos itens. Os dois fatores encontrados explicaram 56,62% da variância total: a dimensão suporte/profundidade (8 itens) explicou 33,40% dessa variância (valor próprio 5,344) e o conflito (8 itens) e explicou 23,22% (valor próprio 3,344).

Os itens que constituem as dimensões do IQRI-PP são: no suporte/profundidade – 3, 8 e 18, de suporte; e 10, 11, 12, 13 e 16, de profundidade; e, no conflito – 4, 6, 9, 14, 19, 20, 21, 23. Observou-se uma associação negativa entre os fatores, o que sugere que quanto mais conflito existe num relacionamento, menor será a perceção de suporte e de importância que essa relação assume.

O estudo da consistência interna revelou bons valores de alfa de *Cronbach* nas dimensões: Suporte/Profundidade α=0,89 e Conflito α=0,86; valores que se assemelham aos encontrados anteriormente (Nakano, 2002; Neves & Pinheiro, 2009; Pierce et al., 1991).

No presente estudo foram eliminados os itens 1, 5, 15 e 22, de suporte; o item 17, de profundidade; e os itens 2, 7, 24 e 25, de conflito, num total de 9 itens que integraram a estrutura fatorial do IQRI (Neves & Pinheiro, 2006), versão para alunos. Essa eliminação poderá ser explicada, por exemplo, pelo facto de os pais poderem estar a responder aos itens de acordo com o que consideram ser expectável para um papel de pai adequado (desejabilidade social). Desta forma, torna-se importante ter em consideração as expetativas e as crenças parentais em futuras investigações.

Os resultados obtidos não vão ao encontro dos obtidos anteriormente noutros estudos, que apresentaram uma estrutura de 3 fatores, indo ao encontro da versão original: em Portugal, as investigações de Neves (2006), Marques et al. (2014) e Marques et al. (2015); e internacionalmente, as de Verhofstadt et al. (2006), Reiner et al. (2012) e Cousson-Gélie et al. (2013).

Por fim, devem ter-se em consideração as limitações do estudo apresentado. Futuramente deve ser analisada a validade convergente e divergente do IQRI-PP, que não foi considerada neste estudo. Dever-se-á replicar esta investigação com uma amostra mais heterogénea de pais, uma vez que há uma predominância de respondentes do género feminino, com o intuito de se poder generalizar os resultados. A estrutura fatorial deve ser replicada com objetivo de se chegar à estrutura que melhor represente os pais dos adolescentes portugueses. Torna-se ainda relevante estudar outras versões do IQRI dirigidas a outras populações (e.g., clínica), bem como avaliar a estabilidade das relações no tempo, por intermédio de estudos longitudinais.

Esta investigação contribui para uma melhor compreensão e avaliação da qualidade dos relacionamentos de suporte específicos (pais-filho).

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os participantes, assim como à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) que através de fundos ERDF – European Regional Development Fund through the COMPETE Program (operational program for competitiveness) e de fundos nacionais da FCT financiou o projeto I&D "Prevention of depression in Portuguese adolescents: efficacy study of an intervention with adolescents and parents" (PTDC/MHC-PCL/4824/2012) e à Fuqua Family Foundation (USA) que financia atualmente a continuação do referido projeto.

REFERÊNCIAS

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health.* New York, NY: Behavioral Publications.

Chandola, T., Marmot, M., & Siegrist, J. (2007). Failed reciprocity in close social relationships and health: findings from the Whitehall II study. *Journal of Psychosomatic Research, 63*(4), 403-411. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.012

Cheng, Y., Li, X., Lou, C., Sonenstein, F., Kalamar, A., Jejeebhoy, S., . . . Ojengbede, O. (2014). The association between social support and mental health among vulnerable adolescents in five cities: Findings from the study of the well-being of adolescents in vulnerable environments. *Journal of Adolescent Health*, *55*, S31-S38. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.020

Cousson-Gélie, F., Chalvron, S., Zozaya, C., & Lafaye, A. (2013). Structural and reliability analysis of quality of relationship index in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, *31*, 153-167. doi: 10.1080/07347332.2012.761317

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6th ed.). Sintra, Portugal: Report Number.

Marques, D., Matos, A., & Pinheiro, M. (2014). Estudo da estrutura fatorial da versão mãe do IQRI para adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *15*(1), 234-244. doi: 10.15309/14psd150119

Marques, D., Pinheiro, M., Matos, A., & Marques, C. (2015). Confirmatory factor analysis of the QRI father's version in a Portuguese sample of adolescents. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *165*, 267-274. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.631

Matos, A., Pinheiro, M., & Marques, D. (2013). *A qualidade do relacionamento interpessoal com o pai: Adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory*

(QRI), numa amostra de adolescentes portugueses. Symposium conducted at the meeting of the First World Congress of Children and Youth Health Behaviors, Viseu, Portugal.

Nakano, Y., Sugiura, M., Aoki, K., Hori, S., Oshima, M., Kitamura, T., & Furukawa, T. (2002). Japanese version of the Quality of Relationships Inventory: Its reliability and validity among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *56*, 527-532. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.01049.x

Neves, C. & Pinheiro, M. (2006). Adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory (QRI): A qualidade dos relacionamentos interpessoais numa amostra de estudantes do ensino superior. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da XI conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e Contextos* (pp. 405-416). Braga: Psiquilíbrios.

Neves, C., & Pinheiro, M. (2009) A qualidade dos relacionamentos interpessoais com os amigos: Adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory (QRI) numa amostra de estudantes do ensino superior. *Exedra*, *2*, 9-32. ISSN-e 1646-9526.

Neves, C. (2006). *Inventário da Qualidade dos Relacionamentos Interpessoais: Contributo para a avaliação do suporte social em estudantes do ensino superior* (Tese de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra: Portugal.

Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: Are two constructs better than one*? Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(6), 1028-1039. doi: 10.1037/0022-3514.61.6.1028

Pinheiro, M., Matos, A., & Marques, D. (2013). *A qualidade do relacionamento interpessoal com a mãe: Adaptação e validação do Quality of Relationships Inventory (QRI), numa amostra de adolescentes portugueses.* Symposium conducted at the meeting of the First World Congress of Children and Youth Health Behaviors, Viseu, Portugal.

Pinheiro, M., Matos, A., Mota, A., Marques, C., & Costa, J. (2015). *Quality of Relationships Inventory-Parents Perception (QRI-PP): A validation study.* Comunicação no The Annual International Conference on Cognitive-Social, and Behavioural Sciences, Nicósia, Chipre.

Reiner, I. Beautel, M., Skaletz, C., Brahler, E., & Stobel-Richter,Y. (2012). Validating the German version of the three-factor structure and report of psychometric properties. *PLOS ONE, 7*(5), 1-6. doi: 10.1371/journal.pone.0037380

Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., & Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*(4), 333-344. doi: 10.1023/A:1025768504415

Stevens, J. (2012). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences* (5th ed.). New York, NY: Routledge.

Verhofstadt, L., Buysse, A., Rossel, Y., & Peene, O. (2006). Confirming the three-factor structure of the Quality of Relationships Inventory within couples. *Psychological Assessment*, *18*(1), 15-21. doi: 10.1037/1040-3590.18.1.15

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Programa de Prevenção da Depressão em Adolescentes (PPDA): Adaptação, implementação e estudos de eficácia

ANA PAULA MATOS (*)
MARIA DO ROSÁRIO PINHEIRO (*)
JOSÉ JOAQUIM COSTA (*)
EIRÍKUR ÖRN ARNARSON (**)
W. EDWARD CRAIGHEAD (***)

A depressão é uma perturbação comum na adolescência (Kovacs, 2006). Cerca de metade dos primeiros episódios depressivos acontecem nestas idades (Kesler et al., 2005). Na adolescência, a depressão associa-se ao insucesso e ao abandono escolar (Weissman et al., 1999), a conflitos familiares (Rubin, Both, & Zahn-Waxler, 1991) e a comportamentos auto-destrutivos (Harnish, Dodge, &Valente, 1995) tais como consumo de substâncias psicoativas e suicídio. Prevenir a depressão na adolescência reveste-se, assim, da maior importância.

Os programas de prevenção

Programas de prevenção direcionados aos jovens que se encontram em risco de depressão têm-se revelado mais eficazes que programas universais (Arnarson & Craighead, 2009, 2011; Clarke, Hornbrook, & Lynch, 2001; Craighead, Beardslee, Johnson, & Keller, in press; Gilham, Reivich, & Jaycox, 1990; Horowitz & Garber, 2006; Lewinsohn, Roberts, & Siesley, 1994). Os programas de prevenção da depressão na adolescência baseiam-se, maioritariamente, nas abordagens cognitivo-comportamentais e/ou interpessoais que se mostraram eficazes no tratamento da depressão (Gladstone & Beardsle, 2009).

O Programa de Prevenção da Depressão na Adolescência − PPDA

Arnarson e Craighead (2009) desenvolveram o programa Mind and Health, para prevenir o primeiro episódio de depressão *major* ou distimia em adolescentes em risco com idades de 14-15 anos. Este programa foi estudado na Islândia e está a ser investigado em Portugal. No estudo islandês o programa de prevenção para adolescentes diminuiu a probabilidade do desenvolvimento do primeiro episódio de depressão, aos 6 e 12 meses (Arnarson & Craighead, 2009, 2011).

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra, Portugal.
(**) Landspítali-University Hospital, University of Iceland, Iceland.
(***) Emory University, Atlanta, United States of America.

A adaptação cultural para a população portuguesa − O Programa de Prevenção da Depressão (PPDA) − foi efetuada por Matos et al., 2015b). O PPDA, baseia-se na abordagem cognitivo-comportamentale destina-se a ser aplicado em meio escolar. São componentes principais do programa, trabalhar a tríade pensamento-emoção-comportamento, desenvolver regulação emocional e competências de comunicação e resolução de problemas. Utilizam-se diversas atividades em grupo e pedem-se tarefas para casa (por exemplo, automonitorização de estado de humor). No final, antecipam-se problemas futuros e previne-se a recaída.

PPDA: Contexto, adaptação e objectivos

O estudo do Programa de Prevenção da Depressão (PPDA) insere-se no projecto de investigação "Prevenção da depressão em adolescentes: Estudo da eficácia de um programa de intervenção com adolescentes e pais" do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC). Este projeto foi financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e actualmente é financiado pela Fuqua Family Foundation (EUA). O Projeto assenta em parcerias entre 4 centros de investigação e tem diversos consultores nas áreas da investigação/intervenção psicológica e genética: (i) CINNEIC (Universidade de Coimbra); (ii) Universidade de Emory – Estados Unidos da América, (Edward Craighead); (iii) Hospital Universitário Landspítali,Universidade da Islândia (Eirikur Arnarson) e (iv) Instituto Max Plank, Alemanha (Elisabeth Binder).

Numa primeira etapa o programa Mind and Health (Arnarson & Craighead, 2009) foi traduzido do Inglês para Português. A investigadora responsável, Paula Matos, coordenou este processo de tradução efetuado por uma equipe de colaboradores no projeto com formação em Psicologia e um professor de inglês, o qual contou também com a supervisão científica e técnica dos autores originais. Foram efetuadas adaptações na línguagem, actividades e exercícios, sendo dados exemplos adaptados à cultura e aos interesses e estilos de vida dos adolescentes portugueses. Antes de se iniciar a aplicação sistemática do programa, foi feita uma revisão do manual com a colaboração de um professor e com o *feedback* dos alunos e líderes de grupo sobre o trabalho realizado.

O Projeto "Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: Estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais" tem como objectivos: (i) identificar um perfil de risco para a depressão nos adolescentes e (ii) avaliar a eficácia do PPDA na prevenção do primeiro episódio de depressão ou distimia em adolescentes em risco.

No contexto do projeto português diversos esforços têm sido feitos a fim de adaptar o programa para adolescentes (Matos, 2015; Matos et al., 2014a; Matos et al., 2015a; Matos, Marques, Oliveira, & Pinheiro, 2014; Matos, Oliveira, Marques, & Pinheiro, 2014). Um programa para pais foi ainda desenvolvido para melhorar a eficácia do PPDA (o 3PDA) e têm sido divulgados resultados de eficácia do programa de prevenção para adolescentes e da componente parental (Matos et al., 2015b; Matos & Pinheiro, 2013; Matos, Pinheiro, Marques & Oliveira, 2014; Pinheiro, Matos, Costa, Arnarson, & Craighead, 2015). Também foram apresentados resultados de estudos com várias medidas que avaliam fatores de risco e de proteção da depressão (Brito, Matos, Pinheiro, & Monteiro, 2015; Duarte, Matos, &

Marques, 2015; Gomes, Matos, Monteiro, & Mónico, 2015; Marques, Matos, & Pinheiro, 2014; Marques, Pinheiro, Matos, & Marques, 2015; Monteiro, Matos, & Oliveira, 2015; Mota, Matos, Pinheiro, Costa, & Oliveira, 2015; Oliveira, Matos, Pinheiro, & Oliveira, 2015; Pestana, Matos, Pinheiro, Costa, & Marques, 2015; Pinheiro & Matos, 2012; Pinheiro, Matos, Pestana, Oliveira, & Costa, 2015).

PPDA: Implementação, materiais e estrutura

O PPDA deve ser implementado por psicólogos ou profissionais de saúde mental, professores ou pedagogos, com formação no programa. Inclui um manual do professor, um manual do aluno e diversos materiais, como apresentações, utilizados ao longo do programa.

O programa é constituído por 14 sessões (distribuídas por 11 semanas) com duração entre 60 e 90 minutos, realizadas fora do horário letivo e em grupo. Cada sessão é organizada em função de um tema geral guiado por objetivos. Na sessão são realizadas algumas actividades (individuais e de grupo; p.ex. jogos, exercícios de análise, reflexão e debate). A sessão é iniciada com a revisão dos temas da sessão anterior etermina com a avaliação da satisfação com a sessão, sugerindo-se atividades para casa (por exemplo, diários de humor, relaxamento, auto-monitorizações).

O PPDA foi realizado com 102 adolescentes em risco de desenvolver sintomatologia depressiva (com pontuações no CDI entre os percentis 75 e 90). Esta amostra foi recolhida em 18 escolas com alunos que frequentavam o 8º e 9º anos de escolaridades (idades entre os 13 e 14 anos).

Protocolo de avaliação

No projeto de investigação aplica-se um protocolo de avaliação que incluirecolha de material genético através de saliva (Oragene Kits), entrevistas diagnósticas (Kiddie-SAD-PL: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children: Present and Lifetime Version, Kaufman, et al., 1996; CDRS-R: Children's Depression Rating Scale – Revised, Poznanki & Mokros, 1995; A-LIFE: Adolescents Longitudinal Interval Follow-up Evaluation, Keller et al., 1993) e questionários de autorresposta, passados aos adolescentes e aos pais, no pré-teste, pós-teste e nos follow-ups realizados de 6 em 6 meses. Nos adolescentes avalia-se sintomatologia depressiva e ansiosa, regulação emocional, acontecimentos de vida negativos, trauma, saúde mental, qualidade dos relacionamentos,resiliência e temperamento. Nos pais avalia-se ansiedade, depressão e stress, stress parental, validação emocional, mindfulness, autocompaixão, resiliência, suporte social e qualidade de vida. Os pais avaliam ainda a existência de problemas internalizantes e externalizantes nos seus filhos.

O estudo da eficácia do PPDA encontra-se a decorrer, comparando-se diversos momentos de avaliação (antes, durante e depois do programa em sucessivos *follow ups*

efetuados de 6 em 6 meses ao longo de 3 anos) e um Grupo Experimental (adolescentes em risco que frequentaram o PPDA) com um Grupo de Controlo (adolescentes em risco que não frequentaram o PPDA).

Alguns resultados já foram divulgados, incluindo um *follow up* de seis meses (Matos, 2015; Matos et al., 2015a) e de um ano (Matos et al., 2015b). Numa amostra de 52 adolescentes em risco, 26 pertencentes ao grupo experimental (GE), comparados com 26 adolescentes do grupo de controlo (GC), apresentaram diferenças sgnificativas entre pré, pós-teste e *follow up* de 12 meses, tendendo a ficar com niveis de sintomatologia depressiva mais baixos ao longo do tempo. O inverso aconteceu com os adolescentes do grupo de controlo, sem intervenção, os quais, com o tempo, tendiam a ficar com sintomatologia depressiva significativa(Matos et al., 2015b).

Este trabalho tem por objetivo apresentar alguns dados do estudo de eficácia do PPDA em função das pontuações do CDI, em três momentos de avaliação (pré-teste, pós-teste e 6 meses de *follow up*), comparando adolescentes dos grupos experimental e controlo.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 33 adolescentes do GE e 41 pertencentes ao GC.

Material

Children Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1983; Marujo 1994) é um questionário de autorresposta que avalia a sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. É composto por 27 itens e cinco fatores: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e autoestima negativa. A versão em Português do CDI apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,80 para uma estrutura unidimensional (Marujo, 1994).

RESULTADOS

A verificação dos pressupostos estatísticos revelou não existirem, no pré-teste, diferenças significativas entre grupo experimental e grupo de controlo no CDI, nem diferenças significativas entre géneros no CDI, nem tão pouco diferenças significativas na distribuição de géneros nos grupos experimental e controlo.

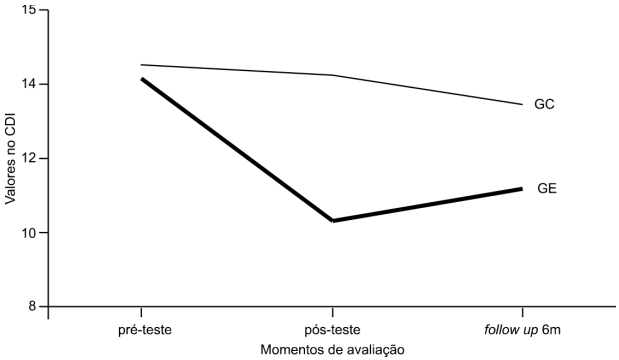


Figura 1. Pontuações médias do CDI no pré-teste, pós-teste e *follow up* (6M) em ambos grupos (GC e GE)

Quadro 1

Médias e desvios-padrão da diferença entre o pré-teste e o follow up – ANOVA

Mudança	Grupo	Média	*DE*	*F*	*p*
Pós – Pré	GC	-.25	3.62	10.8	.002
	GE	-3.82	5.69		
Follow up − Pós	GC	-.78	5.72	1.863	.177
	GE	.85	4.20		

Ambos grupos (GC e GE) obtiveram médias semelhantes no CDI aquando do pré-teste. No pós-teste, o GE desceu a sua pontuação subindo muito ligeiramente no *follow up* (cf. Figura 1).

No *follow up* acontece ainda uma ligeira diminuição dos valores do CDI, no GC. Esta aproximação entre os grupos retirou significância estatística às diferenças entre médias.

Conforme se pode verificar no Quadro 1, o GE baixou significativamente as suas pontuações no CDI, relativamente ao GC, entre o pré e o pós-teste. Contudo a diferença ocorrida entre o pós-teste e o *follow up* não foi significativa, embora o GE, no *follow up*, mantenha valores de sintomatologia depressiva menos elevados do que o GC.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram um decréscimo mais significativo de sintomatologia depressiva, após o programa, no Grupo Experimental, quando comparado com o Grupo de Controlo, e sugerem que o programa é uma intervenção seletiva que contribui para prevenir

depressão em adolescentes em risco. Estes dados vão ao encontro dos resultados prévios encontrados nos estudos de eficácia do programa islandês e português (Arnarson & Craighead, 2009, 2011; Matos et al., 2015b). É necessário continuar a trabalhar os dados recolhidos, para avaliar a eficácia do PPDA e seus componentes e a sua estabilidade ao longo do tempo.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os participantes, assim como à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) que através de fundos ERDF – European Regional Development Fundthrough the COMPETE Program (operational program for competitiveness) e de fundos nacionais da FCT financiou o projeto I&D "Prevention of depression in Portuguese adolescents: efficacy study of an intervention with adolescents and parents" (PTDC/MHC-PCL/4824/2012) e à Fuqua Family Foundation (USA) que financia atualmente a continuação do referido projeto.

REFERÊNCIAS

Arnarson, E., & Craighead, E. (2009). Prevention of depression among Iceland adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 577-585. doi: 10.1016/j.brat.2009.03.011

Arnarson, E., & Craighead, E. (2011). Prevention of depression among Icelandic adolescents: A 12-moth follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 170-174. doi: 10.1016/j.brat.2010.12.008

Brito, J., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., & Monteiro, S. (2015). Quality of interpersonal relationships and depression in adolescence: Psychosocial functioning moderating effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* (pp. 81-94). doi: 10.15405/epsbs.2015.08.8

Clarke, G., Hornbrook, M., & Lynch, F. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of a depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 112-1134. doi: 10.1001/archpsyc.58.12.1127

Craighead, W. E., Beardslee, W., Johnson, R., & Keller, M. (in press). Prevention of depression. To appear in D. Evans et al. (Eds.), *Treating and preventing adolescent mental health disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Duarte, A., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Gender's moderating effect. *Proceedings of the Social and Behavioral Sciences*, *165*, 275-283. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.632

Gilham, J., Reivich, K., & Jaycox, L. (1990).*The Penn Resilience Program*. Philadelphia (PA): University of Pennsylvania.

Gladstone, T. R., & Beardslee, W. R. (2009). The prevention of depression in children and adolescents: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54,* 212-221.

Gomes, A. S., Matos, A. P., Monteiro, S., & Mónico, L. (2015). Maltreatment experiences and depression in adolescents: The moderating effect of psychosocial functioning. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* (pp. 53-66). doi: 10.15405/epsbs.2015.08.6

Harnish, J., Dodge, K., & Valente, E. (1995). Mother-child interaction quality as a partial mediator of the roles of maternal depressive symptomatology and socioeconomic status in the development of child behaviour problems. *Child Development*, *66*, 739-753. doi: 10.1111/j.1467-8624.1995.tb00902.x

Horowitz, J., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 401-415. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.401

Kessler, R., Way, C., Demler, O., Ronald, C., Demler, O., & Walters, E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-moth DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627. doi: archpsyc.62.6.617

Kovacs, M. (2006). New steps for research on child and adolescents depressions prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, *31*, S184-S185. doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.008

Lewinsohn, P., Roberts, R., & Sieley, J. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 302-315. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.302

Marques, D., Matos, A. P., & Pinheiro, M. R. (2014). Estudo da estrutura fatorial da versão mãe do IQRI para adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*, 234-244. doi.org/10.15309/14psd150119

Marques, D., Pinheiro, M., Matos, A. P., & Marques, C. (2015). Confirmatory factor analysis of the QRI father's version in a Portuguese sample of adolescents. *Proceedings of the Social and Behavioral Sciences*, *165*, 267-274. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.631

Matos, A.P. (2015, abril). *SaudávelMente: Um projeto de investigação e intervenção com adolescentes em risco de depressão*. Conferência no congresso Internacional SaudavelMente, Coimbra.

Matos, A. P., Marques, C., Oliveira, S., & Pinheiro, M. R. (2014, outubro). *Prevention of depression in adolescents – A 12-month follow-up.* Conferência apresentada no Proceedings of the 2nd World Congress on Health Research, Viseu.

Matos, A. P., Marques, C., Oliveira, S., Pinheiro, M. R., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015b). A prevention program of depression in at-risk adolescents: Preliminary results from baseline to follow-up. *Proceedings of INTED2015 Conference*, 7770-7779.

Matos, A. P., Oliveira, S., Marques, C., & Pinheiro, M. R. (2014, julho). *Preventing depressive symptoms in adolescents at risk: Some results of a program for the prevention of adolescent Depression.* Comunicação oral no 9th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology, Londres.

Matos, A. P., Oliveira, S., Marques, C., Ribeiro, C., Pinheiro, M. R., & Simões, F. (2014a, setembro). *A program for the prevention of adolescent depression: Some efficacy results from baseline to follow-up.* Comunicação oral no European Association for Behavioural and Cognitive Therapies Congress, Haia.

Matos, A. P., & Pinheiro, M. R. (2013). Programa parental para a prevenção da depressão nos adolescentes: um contributo para aumentar os fatores de proteção familiar. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. da Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 801-805). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Oliveira, S., Marques, C., Marques, D., &Salvador, M. C. (2015a, novembro). *Protecting from depression in Portugal: A program, for adolescents and a parental component*. Comunicação oral no I International Congress of Clinical and Health Psychology with Children and Adolescents, Madrid.

Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Marques, C., & Oliveira, S. (2014, julho). *Planning, implementing and evaluating a parental program for the prevention of depression in adolescents*. Comunicação oral no 9th International Conference on Child and Adolescent Psychopathology, Londres.

Monteiro, S., Matos, A., & Oliveira, S. (2015). The moderating effect of gender: Traumatic experiences and depression in adolescence. *Proceedings of the Social and Behavioral Sciences*, *165*, 251-259. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.629

Mota, A., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Costa, J. J., & Oliveira, S. (2015). Familial relationships perceived by parents and adolescent depression: Psychosocial functioning moderating effect. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* (pp. 21-37). doi: 10.15405/epsbs.2015.08.4

Oliveira, A., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., & Oliveira, S. (2015). Confirmatory factor analysis of the Resilience Scale Short form in a Portuguese adolescent sample. *Proceedings of the Social and Behavioral Sciences*, *165*, 260-266. doi:10.1016/j.sbspro.2014.12.630

Pestana, C., Matos, A. P., Pinheiro, M. R., Costa, J. J., & Marques, C. (2015). Parental resilience and adolescence depression: Moderating effect of children's psychosocial

functioning. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* (pp. 38-52). doi: 10.15405/epsbs.2015.08.5

Pinheiro, M. R., & Matos, A. P. (2012). Avaliação da resiliência em adolescentes portugueses: Novos contributos para o estudo das versões longa e breve da Resilience Scale de Wagnild e Young (1993). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. da Silva, & A. A. Gomes (Orgs.), *Atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 806-815). Lisboa: Associação Portuguesa de Psicologia.

Pinheiro, M. R., Matos, A. P., Costa, J. J., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). A parental program for the prevention of depression in adolescents. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences, 6*, 95-108. doi: 10.15405/epsbs. 2015.07.9

Pinheiro, M. R., Matos, A. P., Pestana, C., Oliveira, S., & Costa, J. J. (2015). The Resilience Scale: A study in a Portuguese adult sample. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences* (pp. 67-80). doi: 10.15405/epsbs.2015.08.7

Rubin, K. H., Both, L., & Zahn-Waxler, C. (1991). Dyadic play behaviors of children of well and depressive mothers. *Development and Psychopathology, 3*, 243-251.

Weissman, M., Wolk, S., Goldstein, R., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., . . . Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescence grown up. The *Journal of the American Medical Association*, *281*, 1707-1713. doi: 10.1001/jama

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Artrite reumatóide, espondilite anquilosante, hérnia discal e osteoartrose: Como diminuir os sintomas?

ANA PIRES (*)

As doenças reumáticas são das mais antigas e comuns da humanidade e constituem o principal motivo de consulta médica, invalidez, absentismo laboral e reforma antecipada por doença. São, ainda, uma das principais responsáveis pelos custos económico-financeiros no campo da saúde (Queiroz, 1996). Representando um vasto conjunto de doenças que atingem preferencialmente o aparelho locomotor, incluem a artrite reumatóide (AR), a espondilite anquilosante (EA), a osteoartrose (OA) e a hérnia discal (HD). A AR e a EA são doenças reumáticas inflamatórias crónicas e sistémicas, que têm em comum a inflamação crónica sobretudo das articulações podendo atingir, contudo, outros sistemas ou órgãos (e.g., Guan et al., 2014). A OA consiste na degenerescência articular, apresentando uma evolução geralmente progressiva e podendo envolver qualquer articulação (Tan & Conaghan, 2012). AHD consiste na degenerescência dos discos intervertebrais (Battié et al., 2014).

A dor predomina nestas patologias reumáticas e surge, habitualmente, associada a outrossintomas físicos (e.g., fadiga, rigidez, inchaço, deformações, fraqueza muscular e perda de função das articulações) e sensoriais (e.g., alterações da sensibilidade). A sintomatologia física e sensorial dos pacientes, por sua vez, leva aperturbações do sono e alterações nos domínios sexual, laboral, familiar, psicológico e social, afetando a sua funcionalidade, autonomia, autoestima, bem-estar e qualidade de vida (e.g., Guan et al., 2014; Liu, Dong, Chen, Wang, & Tu, 2015; Miedany, Gaafary, Aroussy, Youssef, & Ahmed, 2012; Tomasevic-Todorovic et al., 2011).

O tratamento médico convencional apresenta muitas vezes efeitos secundários significativos e nem sempre é eficaz, o que tem levado ao crescente interesse por outras formas de intervenção complementares (Leverone & Epstein, 2010).

Nesta ótica, as metodologias autossugestivas (e.g., hipnose, meditação, relaxamento, imagética, automonitorização reativa) têm sido utilizadas nas doenças reumáticas supracitadas e enquadradas por modelos diversos (e.g., cognitivo-comportamentais, comportamentais) (e.g., Baird, Murawski, & Wu, 2010; Joyce-Moniz, 2010; Merkes, 2010). Contudo, a sua aceitação e reconhecimento como metodologias de autossugestão tem sido reduzido e os resultados relativos à sua eficáciasão contraditórios, sobretudo no que concerne ao relaxamento e à automonitorização reativa (Joyce-Moniz, 2010).

Com o presente estudo pretendeu-se, assim, avaliar a eficácia das duas metodologias, relaxamento e automonitorização reativa, combinadas numa mesma intervenção

(*) Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal.

complementar ao tratamento médico e visando a autossugestão na diminuição da sintomatologia física e sensorial. No seguimento deste objetivo foi formulada a seguinte hipótese: a intervenção autossugestiva com uma amostra de sujeitos diagnosticados com OA, HD,AR e EA, é eficaz, como complemento ao tratamento médico, na diminuição daintensidade do(s) sintoma(s)[1], duraçãodo episódio sintomático mais longo enúmero de episódios sintomáticos.

MÉTODO

Participantes

O presente estudo foi realizado com 205 utentes (79,5% do sexo feminino e 20,5% do sexo masculino) do Hospital e Centro de Saúde de Abrantes, sendo que 42 tinham sido diagnosticados com AR, 16 com EA, 78 com OA e 69 com HD. Apresentavam idades compreendidas entre os 24 e os 74 anos (média de 55 anos) e sintomatologia física (*e.g.*, dor, dificuldades motoras) e sensorial (*e.g.*, alterações da sensibilidade) diversa. Relativamente ao nível de escolaridade, 2% dos participantes não frequentaram a escola, 85,8% frequentaram o ensino básico, 7,8% o ensino secundário e 4,4%o ensino superior. No que se reporta à situação face à profissão, 34,6% encontravam-se a trabalhar e 65,4% eram desempregados, aposentados ou domésticas.

A amostra foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão: (a) idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos; (b) diagnósticode AR, EA, OAou HD; (c) presença de sintomas físicos e/ou sensoriais associados às patologias referidas.

Os 205 participantes foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos, *IAS (Intervenção visando a autossugestão)* e *ISAS (Intervenção sem autossugestão)*. O grupo *ISAS* (*n*=83) funcionou, deste modo, como um grupo controlo ou de comparação com o grupo *IAS* (*n*=122), para avaliar a eficácia da intervenção autossugestiva, como um complemento ao tratamento médico, na diminuição dos sintomas.

Material

Os seguintes instrumentos, adaptados de acordo com os objetivos deste estudo, foram utilizados para avaliaras variáveis dependentes do estudo, nomeadamente intensidade do(s) sintoma(s), número de episódios sintomáticos e duração do episódio sintomático mais longo antes da intervenção e no final das 4, 8 e 12 semanas. Os instrumentos foram também usados como procedimentos de automonitorização durante a intervenção.

Os participantes registavam a duração, em horas ou minutos, do episódio sintomático mais longo ocorrido durante o dia (*O episódio sintomático mais longo durou….)* (Teste-reteste: *r*=0,70). O registo, em horas, da duração dos episódios sintomáticos tem sido utilizado em

[1] No presente estudo e ao longo de todo o texto o(s) sintoma(s) e episódio(s) sintomático(s) referem-se ao(s) sintoma(s) físico(s) e sensorial/ais prevalecente(s), *i.e.*, mais perturbador(es) e limitativo(s) da vida do utente.

estudos anteriores com estes doentes (e.g., Tuominen, Tuominen, & Möttönen, 2012). Os participantes registavamtambém a intensidade do(s) sintoma(s) percecionados durante o dia (Teste-reteste: r=0,44), numa Escala Numérica, de 0 *(nenhum sintoma)* a 10 *(sintoma(s) insuportável/eis)*. Foi ainda utilizada uma outra Escala Numérica, de 0 *(nenhum episódio sintomático)* a 10 *(dez ou mais episódios sintomáticos)* para o registo,pelos participantes, do número de episódios sintomáticos percecionados durante o dia (Teste-reteste: r=0,47). As escalas numéricas têm sido frequentemente usadas em estudos anteriores para avaliar a intensidade e o número de episódios sintomáticos (e.g., Blödt, Pach, Roll, & Witt, 2014).

Procedimento

Após a implementação do estudo ter sido autorizada pelo Conselho de Administração do Hospital de Abrantes e pela Direção Executiva do Centro de Saúde de Abrantes, os participantes foram referenciados pelo médico para uma sessão individual com a investigadora, na qual foram informados sobre os objetivos e condições do estudo. O consentimento informado foi obtido depois desta informação, no início da sessão. Após isso procedeu-se à recolha dos dados socio-demográficos e da informação sobre a patologia e sintoma(s) e à avaliação das variáveis dependentes. Foram ainda apresentadas e treinadas com o doente, na sessão, as metodologias que seriam por ele utilizadas, de forma autónoma, durante as 12 semanas seguintes.

Assim, durante este período, os sujeitos do grupo *IAS* utilizaram a automonitorização reativa e o relaxamento autossugestivo. A automonitorização reativa consistiu no registo diário da intensidade, número de episódios e duração do(s) sintoma(s), através dos instrumentos já referidos, com o objetivo de os diminuir. Nesta ótica, eram fornecidas pela investigadora, sugestões, acerca da reatividade desta metodologia para a autossugestão do sujeito. Concretamente, este era sugestionado de que se procedesse às três formas de automonitorização diária descritas, iria conseguir diminuir progressivamente os seus sintomas. O relaxamento autossugestivo foi baseado no relaxamento por contração/descontração muscular de Bernstein e Borkovec (1973) e no treino autogénico de Schultz (Schultz & Luthe, 1959). Tal como no primeiro, consistiu numa sequência de exercícios em que o sujeito diariamente contraía e descontraía, em sequência, quatro grupos musculares ao mesmo tempo que dirigia a sua atenção para as sensações associadas à contração e descontração. À semelhança do segundo, recorreu à indução sugestiva, incluindo a repetição, pelo sujeito, de autossugestões de transformações de sensações físicas e/ou sensoriais (e.g., "À medida que o meu corpo fica mais relaxado, a minha dor vai diminuindo gradualmente").

Os sujeitos do grupo *ISAS* utilizaram, durante as 12 semanas, apenas a metodologia de automonitorização avaliativa. A sua utilização diária recorreu aos mesmos instrumentos usados para a automonitorização reativa mas distinguiu-se desta na medida em que o registo teve como propósito único a avaliação do(s) sintoma(s). Não incluiu, portanto, quaisquer sugestões fornecidas pela investigadora acerca da reatividade desta metodologia para a autossugestão do sujeito.

Para cada um dos participantes, a utilização das metodologias, ao longo das 12 semanas, foi supervisionada e incentivada por meio de contactos telefónicos efetuados semanalmente pela investigadora e através do envio mensal, por correio (em envelopes pré-pagos e entregues aos doentes na sessão), das folhas de automonitorização preenchidas pelo doente para a investigadora, no final das 4, 8 e 12 semanas.

Os dados foram analisados com recurso ao programa SPSS (*Statistic Package for the Social Sciences*, versão 19). Foram efetuadas as seguintes análises iniciais baseadas na informação recolhida e nas avaliações efetuadas antes da intervenção: (a) comparação dos grupos *IAS* e *ISAS* quanto às variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, situação face à profissão e escolaridade) através do teste de Mann-Whitney para a análise das diferenças relativas à idade e do teste do Qui-Quadrado para as restantes variáveis supracitadas; (b) comparação dos dois grupos quanto às variáveis dependentes através do teste de Mann-Whitney. Após estas análises, e de forma a avaliar a eficácia da intervenção autossugestiva na diminuição dos sintomas, procedeu-se à análise da evolução de cada um dos grupos *IAS* e *ISAS* ao longo das 12 semanas relativamente às variáveis dependentes, através do teste de Friedman, tendo-se considerado as avaliações dessas variáveis no dia antes da intervenção e no final das 4, 8e 12 semanas. Os valores dos testes estatísticos inferiores a 0,05 foram considerados como indicando resultados estatisticamente significativos. Os *effect size* (*r*) foram também calculados.

RESULTADOS

Os resultados descritos na Quadro 1 revelaram uma equivalência dos grupos *IAS* e *ISAS* antes da intervenção relativamente às variáveis sociodemográficas e dependentes, exceto no que se reporta à escolaridade e duração do episódio sintomático mais longo tendo sido esta última significativamente superior no grupo *ISAS* comparativamente com o grupo *IAS*.

Quadro 1

Comparação dos grupos IAS e ISAS quanto às variáveis sócio-demográficas e dependentes antes da intervenção: Testes estatísticos

	Grupos	
Variável dependente	*IAS*[a]	*ISAS*[b]
Idade	U=4270,50	p=0,05
Sexo	$\chi^2_{(1)}$=3,69	p=0,07
Situação face à profissão	$\chi^2_{(1)}$=0,94	p=0,37
Escolaridade	$\chi^2_{(4)}$=11,53	p=0,02*
Intensidade do(s) sintoma(s)	U=4794,00	p=0,51
Número de episódios sintomáticos	U=4872,00	p=0,64
Duração do episódio sintomático mais longo	U=3594,50	p=0,001*

Nota. [a]*IAS*=Intervenção visando a autossugestão; [b]*ISAS*=Intervenção sem autossugestão; *p<0,05.

Eficácia da intervenção autossugestiva na diminuição dos sintomas

Como se pode observar na Quadro 2, verificou-se, ao longo das 12 semanas, para o grupo *IAS*, uma diminuição significativa das três variáveis dependentes mas não se verificou para o grupo *ISAS* nenhuma alteração significativa destas três variáveis.

Quadro 2

Evolução dos grupos IAS e ISAS ao longo das 12 semanas relativamente à intensidade do(s) sintoma(s), número de episódios sintomáticos e duração do episódio sintomático mais longo: Teste de Friedman

	Grupos	
Variável dependente	*IAS*[a]	*ISAS*[b]
Intensidade do(s) sintoma(s)	$\chi^2F_{(3)}$=55,21 p<0,0001	$\chi^2F_{(3)}$=1,21 p=0,75
Número de episódios sintomáticos	$\chi^2F_{(3)}$=11,64 p<0,001	$\chi^2F_{(3)}$=3,93 p=0,26
Duração do episódio sintomático mais longo	$\chi^2F_{(3)}$=26,30 p<0,0001	$\chi^2F_{(3)}$=4,73 p=0,19

Nota. [a]*IAS*=Intervenção visando a autossugestão; [b]*ISAS*=Intervenção sem autossugestão.

Considerando-se os *effect size*, verificou-se um efeito médio (0,50>r>0,30) da intervenção no caso da intensidade do(s) sintoma(s), e um efeito pequeno(r<0,30) para as outras duas variáveis.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados permitiram confirmar a hipótese do presente estudo sugerindo que a intervenção autossugestiva foi eficaz, como complemento ao tratamento médico, na diminuição da intensidade do(s) sintoma(s), da duração do episódio sintomático mais longo e do número de episódios sintomáticos dos pacientes com OA, HD, AR e EA. Esta constatação baseia-se no facto de o grupo *IAS* ter apresentado uma melhoria significativa em todas estas variáveis enquanto no grupo *ISAS* não foram verificadas alterações significativas em nenhuma delas. Importa salientar ainda que a intervenção foi mais eficaz na diminuição da intensidade do(s) sintoma(s) do que na duração do episódio sintomático mais longo e no número de episódios sintomáticos.

Este estudo é pioneiro na avaliação destas trêsvariáveis dependentes pois a maioria dos estudos dirige-se fundamentalmente para a avaliação da eficácia da intervenção na intensidade dos sintomas (e.g., Blödt et al., 2014; Parlar, Fadiloglu, Argon, Tokem, & Keser 2013).

Os resultados do presente estudo contribuíram para um importante avanço teórico na medida em que, conforme referido na Introdução, apesar da inclusão do relaxamento e da

automonitorização reativa em estudos anteriores, a sua aceitação e reconhecimento como metodologias de autossugestão tem sido reduzido (Joyce-Moniz, 2010). Desta forma, o presente estudo, ao se centrar na sua eficácia como metodologias autossugestivas, veio enfatizar a autonomia e a independência da autossugestão como metodologia própria.

Estes resultados representam também um importante contributo para a prática clínica com os pacientes com OA, HD, AR e EA na medida em que eles podem utilizar, de forma autónoma, estas metodologias autossugestivas e de autoaplicação no seu dia a dia para melhorarem o confronto com os seus sintomas.

Não obstante os contributos referidos, o estudo apresenta, contudo, algumas limitações, as quais interessa mencionar. Em primeiro lugar, as diferenças entre os grupos *IAS* e *ISAS* no início da intervenção quanto à escolaridade e à duração do episódio sintomático mais longo podem ter influenciado os resultados. Uma outra limitação diz respeito à não inclusão de avaliações de *follow-up*. Assim, torna-se relevante a sua inclusão em estudos futuros para verificar se as melhorias verificadas neste estudo, se mantém a longo prazo.

Concluindo, o presente estudo veio demonstrar a eficácia da autossugestão, por meio do relaxamento e da automonitorização reativa, na diminuição dos sintomas físicos e sensoriais dos doentes com OA, HD, AR e EA.

REFERÊNCIAS

Baird, C. L., Murawski, M., & Wu, J. (2010). Efficacy of guided imagery with relaxation for osteoarthritis symptoms and medication intake. *Pain Management Nursing*, *11*, 56-65. doi: 10.1016/j.pmn.2009.04.002

Battié, M. C., Lazáry, A., Fairbank, J., Eisenstein, S., Heywood, C., Brayda-Bruno, M., . . . McCall, I. (2014). Disc degeneration – Related clinical phenotypes. *European Spine Journal*, *23*, 305-314. doi: 10.1007/s00586-013-2903-5

Bernstein, D., & Borkovec, T. (1973).*A progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Chanmpaign, IL: Research.

Blödt, S., Pach, D., Roll, S., & Witt, C. M. (2014). Effectiveness of app-based relaxation for patients with chronic low back pain (Relaxback) and chronic neck pain (Relaxneck): Study protocol for two randomized pragmatic trials. *Trials, 15,* 260-277. doi: 10.1186/1745-6215-15-490

Guan, M., Wang, J., Zhu, Z., Xiao, J., Zhao, L., Li, Z., & Shi, Z. (2014). Comparison in clinical features and life impact between juvenile-onset and adult-onset ankylosing spondylitis. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *44*, 601-605.

Joyce-Moniz, L. (2010). *Hipnose, meditação, relaxamento, dramatização: Técnicas de sugestão e autossugestão*. Porto: Porto Editora.

Leverone, D., & Epstein, B. J. (2010). Nonpharmacological interventions for the treatment of rheumatoid arthritis: A focus on mind-body medicine. *Journal of Pharmacy Practice, 23,* 101-109. doi: 10.1177/0897190009360025

Liu, Y., Dong, H., Chen, Z., Wang, Y., & Tu, S. (2015). Impact of ankylosing spondylitis on sexual function: A systematic review and meta-analysis. *Experimental and Therapeutic Medicine*, *9*, 1501-1507. doi: 10.3892/etm.2015.2239

Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health, 16,* 200-210. doi: 10.1071/PY09063

Miedany, Y., Gaafary, M., Aroussy, N., Youssef, S., & Ahmed, I. (2012). Sexual dysfunction in rheumatoid arthritis patients: Arthritis and beyond. *Clinical Rheumatology*, *31*, 601-606. doi.org/10.1007/s10067-011-1891-2

Parlar, S., Fadiloglu, C., Argon, G., Tokem, Y., & Keser, G. (2013). The effects of self-pain management on the intensity of pain and pain management methods in arthritic patients. *Pain Management Nursing, 14,* 133-142. doi: 10.1016/j.pmn.2010.08.002

Queiroz, M. V. (1996). Classificação das doenças reumáticas. Reumatismo e saúde pública. In M. V. Queiroz (Org.), *Reumatologia clínica* (pp. 29-40). Lisboa: Lidel.

Schultz, J. H., & Luthe, W. (1959).*Autogenic training: A psychophysiologic approach in psychotherapy*. New York, NY: Grune and Stratton.

Tan, Y. K., & Conaghan, P. G. (2012). Insights into osteoarthritis from MRI. *International Journal of Rheumatic Diseases, 15,* 1-7. doi: 10.1111/j.1756-185X.2011.01677.x

Tomasevic-Todorovic, S., Boskovic, K., Matijevic, R., Demesi-Drljan, C., Pantelinac, S., & Knezevic, A. (2011). Assessment of life quality in patients with rheumatoid arthritis. *HealthMED*, *5*, 2190-2193.

Tuominen, R., Tuominen, S., & Möttönen, T. (2012). Consistency of assessments and willingness to pay for a reduction in morning symptoms over time in patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, *41*, 438-441. doi: 10.3109/03009742.2012.684699

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Contributos da ciência no estudo do sofrimento emocional na deficiência visual

ANA SOFIA GONÇALVES TEIXEIRA (*)
ANABELA MARIA SOUSA PEREIRA (*)
ANA CARLA SEABRA TORRES PIRES (*)

A deficiência visual (DV) é uma redução severa na visão que não pode ser corrigida com óculos, lentes de contacto ou cirurgia (Dibajnia, Moghadasin, Madahi, & Keikhayfarzaneh, 2013). Entende-se por sofrimento emocional a presença de sintomas de ansiedade e de depressão, bem como, de dor psicológica. Estudos mostram que existe uma forte relação entre a DV e o sofrimento emocional (Evans, Fletcher, & Wormald, 2007; Walker, Anstey, & Lord, 2006).

No que se refere à influência da depressão na DV, a literatura mostra que existe uma grande associação entre ambas, estimando-se que a sua prevalência na população adulta com DV seja de aproximadamente 14%, sendo mesmo considerada como o preditor mais poderoso de incapacidade funcional (Dibajniaet al., 2013; Walker et al., 2006).

Vários estudos têm encontrado associação da DV com à ansiedade e com à depressão (Lotery, Xu, Zlatava, & Loftus, 2007; Walker et al., 2006), sendo evidente que a presença destes indicadores de sofrimento emocional tem um impacto negativo na vida das pessoas com DV (Silveira & Sequeira, 2002; Walker et al., 2006) e interfere negativamente no bem-estar geral (Foggitt, 2001).

No que toca à associação da dor psicológica com à DV, não se conseguiram encontrar estudos, o que se pode dever ao conceito de dor psicológica ser emergente (Shneidman, 1999, citado por Flamenbaum & Holden, 2007).

Em relação à natureza da DV, a literatura comprova que as pessoas com DV adquirida apresentam maior sofrimento emocional do que as pessoas com DV congénita, sendo este evidente ao nível da ansiedade e da depressão (Hooper et al., 2008; Williams et al., 1998). Tal pode dever-se à perda de visão que a pessoa vivencia, e ainda ao facto de a DV adquirida surgir como um acontecimento emocionalmente devastador (Hooper et al., 2008; Silveira & Sequeira, 2002).

Existem também estudos que avaliam a associação do sofrimento emocional nesta população com variáveis sociodemográficas, designadamente com o estado civil, dando assim especial destaque a um estudo que mostrou que tanto os homens como as mulheres casadas apresentam menos sintomas de ansiedade e de depressão do que as pessoas viúvas e solteiras (Leach, Butterworth, Olesen, & Mackinnon, 2013).

(*) Universidade de Aveiro, Portugal.

Em Portugal ainda são escassos os estudos sobre o sofrimento emocional na DV. Neste sentido, surgiu a necessidade de se estudar a associação da DV com o sofrimento emocional na população adulta Portuguesa. Assim, o presente estudo teve como principal objetivo avaliar o sofrimento emocional (sintomas de ansiedade, de depressão e de dor psicológica) na DV.

MÉTODO

Participantes

Participaram, neste estudo, através de uma amostra de conveniência, 208 pessoas da população adulta Portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 73 anos, sendo que a sua média de idades foi de 39,72 (*DP*=13,66). Quanto às restantes variáveis sóciodemográficas, há a destacar o seguinte: sexo, masculino (*n*=109, 52,4%); e estado civil, solteiro (*n*=100, 48,1%). Relativamente à natureza da DV, foi prevalente a DV adquirida (*n*=127, 61,1%).

Material

Quanto aos instrumentos aplicados, utilizou-se: um questionário sociodemográfico; a Escala da Dor Psicológica (Holden, Metha, Cunningham, & McLeod, 2001; versão Portuguesa de investigação de Pereira, Santos & Pereira, 2014); a Escala de Ansiedade e de Depressão Hospitalar (EADH) (Zigmond & Snaith, 1983; versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007); e o Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão Portuguesa de Torres, Pereira, Monteiro, & Albuquerque, 2013).

O questionário sociodemográfico teve em vista a recolha de dados sociodemográficos, tais como a idade, o sexo, o estado civil, e a natureza da DV.

A EDP é um instrumento de autorresposta utilizado para avaliar o grau da dor psicológica (Pereira, 2013). Esta escala apresentou na presente investigação uma boa consistência interna, tendo sido obtido um alfa de Cronbach de 0,94, o que vai de encontro com o estudo original (α=0,92) (Holden et al., 2001), como aconteceu com a tradução feita para a população Portuguesa (α=0,95) (Santos, citado por Pereira, 2013).

A EADH possui 14 itens distribuídos por duas subescalas: 7 para a avaliação da ansiedade (EADH-A); e 7 para a avaliação da depressão (EADH-D) (Pais-Ribeiro et al., 2007). Para identificar a consistência interna das duas subescalas (ansiedade e depressão) foi identificado o alfa Cronbach. O resultado para a ansiedade foi de 0,76 e para a depressão foi de 0,81 (Pais-Ribeiro et al., 2007). Ambas as subescalas também apresentaram uma boa consistência interna na presente investigação: EADH-A α=0,84; e EADH-D α=0,78.

O PHQ-9 é uma escala tipo Likert, breve, constituída por um subconjunto de 9 itens da versão completa do PHQ (Torres et al., 2013). A validação Portuguesa deste instrumento revelou boas caraterísticas psicométricas, nomeadamente um alfa de Cronbach de 0,86 (Torres et al., 2013), sendo também o mesmo evidente na presente investigação, α=0,84.

Procedimento

Começou por se enviar uma ligação de internet dos questionários online, para todos os estabelecimentos de ensino superior de Portugal, bem como para centros de reabilitação e associações que atuam em Portugal na área da DV. As escalas foram preenchidas a partir de uma plataforma online do Google. O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o Statistical Package for Social Sciences (versão 20.0) para o Windows. Os dados foram sujeitos a análises estatísticas descritivas, correlacionais e inferenciais (ANOVA e teste *t* para amostras independentes).

RESULTADOS

Pôde-se observar que os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade do que de depressão (Quadro 1).

Quadro 1

Sofrimento emocional dos participantes

Escalas de Sofrimento Emocional	*n*	*M*	*DP*	Min	Max
EDP	208	22,71	9,02	13	65
EADH – Ansiedade	207	7,01	4,33	0	21
EADH – Depressão	208	4,48	3,79	0	19
PHQ-9	208	15,15	4,7	9	30

Os resultados encontrados mostraram que existe uma relação entre a natureza da DV e a dor psicológica. Contudo, o mesmo não se verificou em relação à depressão e à ansiedade (Quadro 2).

Quadro 2

Relação entre a natureza da DV e o sofrimento emocional

Deficiência Visual		*n*	*M*	*DP*	*t*	*p*
Total EDP	Congénita	127	21,53	7,46	2,38	0,01
	Adquirida	81	24,56	10,82		
Total PHQ-9	Congénita	127	14,80	4,29	1,38	0,16
	Adquirida	81	15,72	5,25		
EADH – Ansiedade	Congénita	126	7,09	4,22	-0,32	0,74
	Adquirida	81	6,89	4,58		
EADH – Depressão	Congénita	127	4,65	3,86	-0,81	0,42
	Adquirida	81	4,21	3,68		

Os resultados mostram ainda que não existe nenhum efeito significativo entre os diferentes subgrupos do estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado e viúvo) e o sofrimento emocional medido através das escalas: EDP $F(4,21)=0,22$, $p=0,92$; EADH – ansiedade $F(4,21)=1,18$, $p=0,31$; EADH - depressão $F(4,21)=0,58$, $p=0,99$; e PHQ-9 $F(4,21)=1,18$, $p=0,32$. Porém, verificou-se uma relação significativa entre o estado civil ao nível da interferência dos sintomas de depressão na vida dos indivíduos, medido com recurso ao item do PHQ-9B, $\chi^2(1, N=178)=4,08$, $p=0,04$, pois o subgrupo das pessoas solteiras referiu que os sintomas de depressão interferem mais na vida.

DISCUSSÃO

Verificou-se que os participantes apresentaram mais sintomas de ansiedade do que de depressão, o que vai de encontro ao estudo de Lotery et al. (2007).

No que concerne à natureza da DV, os resultados encontrados mostram que as pessoas com DV adquirida apresentaram mais dor psicológica do que as pessoas com DV congénita, tendo estes resultados ido de encontro ao esperado. Contudo, na literatura consultada, não se encontraram estudos centrados na avaliação da dor psicológica em pessoas com DV, o que se pode dever à emergência do conceito de dor psicológica (Shneidman, 1999, citado por Flamenbaum & Holden, 2007).

No que toca ao estado civil, o presente estudo mostrou que os indivíduos solteiros pontuaram de forma mais significativa no item do PHQ-9B, o que mostrou que estes apresentam uma maior interferência dos sintomas de depressão na vida do que a restante amostra. Tal vai de encontro com o defendido por Leach et al. (2013) que mostraram que as pessoas viúvas e solteiras apresentam mais sintomas de depressão do que as pessoas casadas. É ainda de referir que os resultados obtidos foram de encontro ao esperado.

Como limitações do estudo, apresentam-se as seguintes: a pouca literatura disponível sobre a associação da DV com o sofrimento emocional; o método de aplicação do questionário (on-line); o não se ter distribuído os participantes por tipos de patologias oftalmológicas e por condição de deficiência (cegueira ou baixa visão); o não se ter avaliado o tipo de ocupação da pessoa (empregada, desempregada, reformada); e a inexistência de estudos centrados na DV com os instrumentos utilizados.

Em futuras investigações será pertinente continuar-se a estudar a associação da DV com diversas variáveis, tais como a ansiedade, a dor psicológica, o nível de escolaridade, o estado civil, a ocupação profissional e a QDV, pois os estudos desenvolvidos neste sentido são escassos. Do mesmo modo, propõe-se que se realizem estudos comparativos entre pessoas com DV reabilitadas e pessoas com DV não reabilitadas. Será de igual modo pertinente realizarem-se estudos comparativos entre pessoas com baixa visão e pessoas cegas.

Tendo em conta a literatura consultada, faz-se notar que este estudo se poderá revelar um grande contributo para a investigação, para o contexto clínico e para o contexto social.

Do conhecimento de que dispomos, este estudo é inovador na associação da DV com a dor psicológica, bem como fortalece o estudo centrado na associação da DV com o sofrimento emocional medido através dos sintomas de ansiedade e de depressão. No contexto clínico, este estudo apresenta diversos contributos: urgência de se reforçarem as intervenções centradas na prevenção do sofrimento emocional nas pessoas com DV; necessidade de se disponibilizarem mais programas de reabilitação e mais medidas de apoio psicológico, dirigidas de modo especial às pessoas com DV adquirida, e às pessoas solteiras, sendo assim possível que estas consigam melhorar as suas habilidades e o seu nível de autonomia, pois é nestes 2 grupos que coexiste mais sofrimento emocional; e urgência de os profissionais de saúde, educadores e docentes terem formação especializada. Ao nível social, aprecia-se que é necessário aumentarem-se os apoios do estado na aquisição de materiais de auxílio, na aquisição de equipamentos electrónicos, bem como, é necessário uma maior realização de atividades culturais e de lazer de caráter inclusivo (cinema e teatro com áudio-descrição), com vista à diminuição da interferência da DV na vida das pessoas e, consequentemente, à diminuição do sofrimento emocional.

REFERÊNCIAS

Dibajnia, P., Moghadasin, M., Madahi, M. E., & Keikhayfarzaneh, M. M. (2013). Depression among low vision patients. *HealthMED, 7*, 832-836.

Evans, J. R., Fletcher, A. E., & Wormald, R. P. L. (2007). Depression and anxiety invisually impaired older people. *Ophthalmology, 114*, 283-288. doi: 10.1016/j.ophtha.2006.10.006

Flamenbaum, R., & Holden, R. R. (2007). Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 51-61. doi: 10.1037/0022-0167.54.1.51

Foggitt, P. S. (2001). Anxiety in cataract surgery: Pilot study. *Journal of Cataract & Refractive Surgery, 27*, 1651-1655. doi: 10.1016/S0886-3350(01)00859-8

Hooper, P., Jutai, J. W., Strong, G., & Russell-Minda, E. (2008). Age-related macular degeneration and low-vision rehabilitation: A systematic review. *Canadian Journal of Ophthalmology, 43*, 180-187. doi: 10.3129/i08-001

Leach, L. S., Butterworth, P., Olesen, S. C., & Mackinnon, A. (2013). Relationship quality and levels of depression and anxiety in a large population-based survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, 417-425. doi: 10.1007/s00127-012-0559

Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: Results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology, 91*, 1303-1307. doi: 10.1136/bjo.2007.116939

Silveira, M., & Sequeira, A. (2002). A saúde mental na inserção social da pessoa com cegueira adquirida. *Análise Psicológica, 20*, 449-470.

Torres, A., Pereira, A., Monteiro, S., & Albuquerque, E. (2013). Preliminary psychometric characteristics of the portuguese version of patient health questionnaire 9 (PHQ-9) in a sample of portuguese breast cancer women. *European Psychiatry, 28*[Suplemento1], 1. doi: 10.1016/S0924-9338(13)77209-2

Walker, J. G., Anstey, K. J., & Lord, S. R. (2006).Psychological distress and visual functioning in relation to vision-related disability in older individuals with cataracts. *British Journal of Health Psychology, 11*, 303-317. doi: 10.1348/135910705X68681

Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology, 116*, 514-520. doi: 10.1348/135910705X6868

World Health Organization. (2014). 10 facts about blindness and visual impairment. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/blindness/en/#

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Intervenções dirigidas ao conflito e mudança no funcionamento defensivo em psicoterapia

ANTÓNIO PAZO PIRES (*)
CARLO PATRÃO (*)
RUI SANTOS (*)

Os mecanismos de defesa (MDs) e o conflito intrapsíquico são dois conceitos centrais na abordagem psicanalítica à compreensão clínica da psicopatologia (Gabbard & Westen, 2003; Kernberg, 2005; Perry & Copper, 1989; Perry & Perry, 2004). As intervenções terapêuticas que abordam o funcionamento defensivo do paciente e que identificam os temas de conflito intrapsíquico recorrentes na sua história pessoal têm sido consideradas importantes fatores de mudança em psicoterapia (Gazzillo et al., 2014; Lingiardi, 2013; Olson, Perry, Janzen, Petraglia, & Presniak, 2011; Wallerstein, 1994).

A qualidade e precisão das intervenções terapêuticas, isto é, o grau em que uma intervenção é coerente com uma formulação psicodinâmica sobre o paciente, tem sido estudada empiricamente em relação a variáveis como os conflitos relacionais do paciente (Crits-Christoph, Luborsky, & Cooper, 1988), o processo de transferência (Høglend, 1993; Joyce & Piper, 1993; Piper, Joyce, McCallum, & Azim, 1993; Ulberg, Amlo, Critchfield, Marble, & Høglend, 2014) e as defesas do paciente (Junod, de Roten, Martinez, Drapeau, & Despland, 2005; Winston, Samstag, Winston, & Muran, 1994). Contudo, poucos estudos têm descrito empiricamente as relações existentes entre as intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao conflito intrapsíquico e os seus efeitos em produtos ou processos psicoterapêuticos como o funcionamento defensivo.

Até à data, os escassos estudos a abordarem o conflito intrapsíquico e o funcionamento defensivo pretenderam determinar a função descriminante destes dois constructos psicodinâmicos na identificação de diferentes perturbações da personalidade e do humor (Perry & Cooper, 1986; Perry & Perry, 2004; Perry & Presniak, 2013). Num estudo de Perry e Cooper (1986) foram identificados *clusters* de defesas (DMRS) e de conflitos (Psychodynamic Conflict Rating Scales) específicos às perturbações borderline (PBP), antissocial, bipolar do tipo II e depressão crónica. Os autores verificaram que a PBP se encontrava correlacionada com os conflitos de (1) experiência e expressão de necessidades emocionais e raiva, (2) separação-abandono, (3) inibição geral de gratificação, (4) necessidade do objeto e (5) medo de fusão e predomínio de defesas de ação. A depressão crónica observou-se estar associada a defesas de desvalorização, agressão passiva e

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

hipocondria (rejeição de ajuda) e correlacionada com o conflito de inibição geral de gratificação. Em relação à perturbação narcísica da personalidade, Perry e Perry (2004) encontraram correlações positivas com conflitos como a rejeição do outro, ambição-realização, contra-dependência e com defesas como a omnipotência, desvalorização, fantasia autística e projeção. Bloch, Shear, Markowitz, Leon e Perry (1993) ao estudarem o funcionamento defensivo de pacientes com perturbação distímica e pacientes com perturbação de pânico, concluíram que os pacientes distímicos diferenciavam-se pelo uso de defesas que favoreciam a externalização do conflito (projeção), tendendo a sentirem-se impotentes face ao conflito (agressão-passiva) exigindo a intervenção de terceiros na sua resolução (hipocondria).

O único estudo a relacionar intervenções dirigidas ao conflito com uma medida de funcionamento defensivo geral (DMRS-ODF) foi elaborado por Stigler, de Roten, Drapeau e Despland (2007), a uma amostra de 29 pacientes numa investigação psicodinâmica breve (4 sessões) (Gilliéron, 1998) a partir da criação de uma medida de intervenção dirigida ao conflito calculada pela razão entre o CCRT (Core Conflitual Relationship Theme; Luborsky, 1998) do paciente e o CCRT do conteúdo das intervenções do terapeuta. Verificou-se que o tipo de conflito predominante na amostra era do tipo desejo-desejo (conflito entre dois desejos), tendo sido abordado por 58,4% das intervenções dirigidas ao conflito. Contudo, estas intervenções não produziram efeitos detetáveis nas medidas de sintoma (SCL-90-R), de adaptação social (SAS), nem na medida funcionamento defensivo do paciente (ODF).

A teoria de mudança em psicoterapias de inspiração psicanalítica tem enfatizado o papel dominante das intervenções dirigidas aos conflitos inconscientes como a base para mudanças estruturais na personalidade e melhoramento sintomático (Wallerstein, 1994). Perry e Henry (2004) apresentaram como potencial via de futuras investigações com o DMRS a associação entre o funcionamento defensivo momento-a-momento e as intervenções terapêuticas que abordassem o conflito adjacente à resposta defensiva. Porém, a investigação empírica ainda não estabeleceu associações entre este tipo de intervenção e os seus efeitos no funcionamento global de pacientes.

A presente investigação tem como principal objetivo estudar as relações existentes entre as intervenções dirigidas ao conflito intrapsíquico de duas pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica e as mudanças operadas no funcionamento defensivo nos momentos (*in session*) que precedem e sucedem a intervenção. Em paralelo, pretendemos verificar se as mudanças operadas no funcionamento defensivo das duas pacientes seguem as 2 hipóteses principais apresentadas por Perry, Petraglia e Olson (2012) e que têm vindo a acumular evidência empírica em vários estudos (Hersoug, Sexton, & Høglend, 2002; Kramer, Despland, Michel, Drapeau, & de Roten, 2010; Perry, Beck, Constantinidès, & Foley, 2009; Perry & Bond, 2012). Pretendemos verificar se existe de um aumento geral do ODF ao longo da psicoterapia e diminuição da variabilidade de MDs e uma melhoria do funcionamento defensivo seguindo a hierarquia dos níveis defensivos (*stepwise*).

MÉTODO

Participantes

A paciente E tem 45 anos, é casada, tem três filhas e encontra-se desempregada. A paciente F tem 50 anos de idade quando inicia a psicoterapia. É divorciada, está desempregada e vive sozinha.

Terapeutas: A psicoterapia das pacientes E e F foi conduzida por duas terapeutas distintas, ambas formação em Psicologia Clínica, realizaram a sua psicanálise pessoal, têm 4 anos de experiência clínica, uma tem formação em psicoterapia e a outra não.

Terapia: As psicoterapias são de inspiração psicodinâmica não manualizadas e foram conduzidas na Clínica Universitária do ISPA com uma frequência semanal e sessões com uma duração média de 50 minutos. A paciente E realizou 80 sessões psicoterapêuticas durante cerca de 2 anos e meio. A paciente F realizou 76 sessões psicoterapêuticas durante cerca de 2 anos e meio.

Instrumentos

Defense Mechanism Rating Scales O Defense Mechanism Rating Scales, 5ª edição (Perry, 1990) é um manual que apresenta um método quantitativo e qualitativo de guia à inferência clínica de MDs, via juízes externos, a partir do qual é derivado o Eixo Provisório de Defesas apresentado no Apêndice B da DMS-IV (APA, 1994). O DMRS contém a descrição e modo de funcionamento de 28 MDs, dois dos quais estão subdivididos de acordo com o objeto da defesa ser o "eu" ou o "outro" (desvalorização da imagem de si ou do outro, idealização de si ou do outro), perfazendo um compêndio total de 30 MDs. As 30 defesas encontram-se distribuídas por 7 escalas sumárias (estilos defensivos) conceptualmente e empiricamente relacionadas pelo seu grau de adaptabilidade (Guldberg, Hoglend, & Perry, 1993) que incluem o nível defensivo adaptativo (7), obsessivo (6), neurótico (5), narcísico (4), de evitamento (3), borderline (2) e de ação (1). Em adição, Vaillant (1992) correspondeu os presentes níveis defensivos a 3 categorias gerais de defesas: as defesas maduras (nível 7), as defesas neuróticas ou intermédias (nível 5-6) e as defesas imaturas (nível 1-4).

O método quantitativo do DMRS baseia-se na obtenção de três medidas de proporção contínuas: (a) a *pontuação de defesas individuais* que corresponde à percentagem de cada defesa calculada pela frequência que uma defesa é identificada sobre o número total de defesas identificadas na sessão, (b) *pontuação do nível defensivo*, equivalente ao cálculo da proporção de cada nível defensivo, (c) e o *Overall Defensive Functioning* (ODF), medida obtida pelo quociente entre a soma do número de defesas por cada nível defensivo multiplicada pela sua ponderação hierárquica (de 1 a 7) e o número total de defesas por sessão. O valor de ODF varia entre 1 a 7 indicando o nível de adaptabilidade do funcionamento defensivo. Em geral, o DMRS apresenta boas características psicométricas

(Perry & Bond, 2012; Perry & Henry, 2004, Hilsenroth, Callahan, & Eudell, 2003; Perry & Henry, 2004; Perry & Hoglend, 1998).

Operationalized Psychodynamic Diagnostics System (OPD2) – Eixo III: Conflito O OPD2 (Operationalized Psychodynamic Diagnostics System) é um sistema de classificação e de diagnóstico psicodinâmico multiaxial organizado em cinco eixos: (1) experiência de doença e pré-requisitos para tratamento, (2) padrões disfuncionais em relações interpessoais, (3) conflitos inconscientes, (4) estrutura e (5) perturbações mentais e psicossomáticas (Ristl & von der Tann, 2008). Este instrumento tem como principal finalidade servir como guia à elaboração de um diagnóstico psicodinâmico que permita o planeamento adequado de um tratamento clínico e que possibilite avaliar mudanças em processos psicoterapêuticos (Cierpka, Grande, Rudolf, von der Tann, & Stasch, 2007).

Na presente investigação, o OPD2 foi utilizado como guia à identificação dos conflitos principais das pacientes E e F através da sua conceptualização de conflito apresentada no eixo III. O eixo III do ODP2 distingue 7 tipos de conflitos: (1) dependência *vs*. autonomia, (2) submissão *vs*. controlo, (3) desejo de cuidar *vs*. autossuficiência (4), conflitos de valorização pessoal, (5) conflito de culpa (auto-culpabilização, sacrifício *vs*. acusar o outro e egoísmo), (6) conflito edipiano (7) conflito de identidade (sentimento crónico de falta de identidade *vs*. compensação ativa de inseguranças na identidade). Existe ainda uma categoria conflitual extra que corresponde à limitada perceção do paciente em identificar os seus próprios conflitos e sentimentos (p. ex., pacientes com doenças psicossomáticas). Os sete conflitos do ODP2 são definidos tendo por base uma descrição de tipo-ideal através da qual se pode realizar uma avaliação dimensional tendo em conta a escala de "ausência de conflito, presença não significativa, presença significativa ou presença muito significativa" de conflito (Cierpka et al 2007). Para cada conflito existe uma descrição da sua manifestação em diversas áreas de vida (1) família de origem, (2) família/parceiro, (3) contexto social, (4) trabalho e vida profissional, (5) posses e dinheiro, (6) corpo e sexualidade e (7) doença. O ODP2 define o constructo de conflito intrapsíquico como uma tensão interna entre motivos, desejos, necessidades ou ideias firmemente estabelecidas e diametralmente opostas que persistem por longos períodos de tempo. Esta definição de conflito está ancorada na conceção de que o comportamento humano é constantemente influenciado por processos psicológicos dinâmicos e inconscientes que podem assumir um estado de fixação irresolúvel (Ristl & von der Tann, 2008). O conflito intrapsíquico, segundo o OPS2, pode ainda ser analisado tendo em conta a modalidade passiva ou ativa que traduz a motivação do paciente e a forma como se expressa em diferentes áreas da vida como as relações com a família de origem, emprego/vida profissional, contexto social, área financeira, corpo, sexualidade e doença. Nesta investigação, identificou-se um conflito de "desejo de cuidar *vs*. autossuficiência" na paciente E e um "conflito de culpa" na paciente F.

RESULTADOS

Médias de incidência de MDs e intervenções dirigidas ao conflito nas duas pacientes

Durante a psicoterapia da paciente E foram registadas em média 40,2 MDs por sessão e uma incidência de 11 (máx=20, min=3) intervenções psicoterapêuticas por sessão das quais em média 2,15 (máx=7, min=1) são dirigidas ao conflito intrapsíquico. Na psicoterapia da paciente F registaram-se em média 20,4 MDs por sessão e uma incidência de 49,15 (máx=101, min=13) intervenções terapêuticas por sessão das quais em média 2,6 (máx=6, min=0) são dirigidas ao conflito principal da paciente.

Mudança média de ODF após intervenção dirigida ao conflito tendo em conta as diferentes "áreas de vida"

A terapeuta da paciente E realizou 43 intervenções dirigidas ao conflito intrapsíquico que produziram mudança no funcionamento defensivo. Do total das intervenções dirigidas ao conflito principal da paciente E, verificou-se uma frequência de 16 intervenções dirigidas ao critério geral do conflito de "necessidade de cuidados vs. autossuficiência" (37,20%), 15 dirigidas ao contexto social (34,88%), 6 intervenções relacionadas com o tema da família de origem (13,95%), 5 intervenções associadas à área da família/parceiro (11,67%) e uma intervenção dirigida à temática do corpo/sexualidade (2,32%).

Nos perfis do efeito das intervenções dirigidas às várias áreas do conflito intrapsíquico no funcionamento defensivo (ODF) ao longo da psicoterapia da E verifica-se que as intervenções dirigidas ao conflito "necessidade de cuidados *vs*. autosuficiência" na sua vertente família de origem provocaram em média uma descida de 0,66 pontos na escala do ODF no início da psicoterapia, estando associadas ao recurso de defesas imaturas. Após um ano, verificou-se uma subida média de 3,33 pontos no ODF, indicando que a paciente passou a lidar com este aspeto do conflito a partir de defesas mais adaptativas. A terapeuta de E deixou de intervir sobre esta vertente do conflito após a subida verificada aos 12 meses. As intervenções de contexto social apresentaram igualmente um efeito positivo crescente no ODF ao longo dos 24 meses de terapia. O conflito na sua manifestação mais conceptual medida pelo critério geral começou a ser abordado pela terapeuta aos 6 meses aumentando o número de intervenções ao longo do tempo. Contudo, verifica-se uma diminuição dos valores médios de ODF, o que significa que a paciente E quando confrontada com o afeto geral produzido pelo conflito principal foi exibindo defesas imaturas. Em relação à temática da família/parceiro de E observa-se uma descida da diferença média de ODF até aos 18 meses, não tendo sido feitas mais intervenções após esse momento. Assim, este aspeto do conflito principal da E. encontrava-se, aos 18 meses, associado a uma resposta defensiva imatura. As intervenções dirigidas à temática do corpo/sexualidade apenas contaram com um incidente provocando um decréscimo de 0,33 pontos no funcionamento defensivo da paciente E. As restante áreas de vida como o

trabalho/vida profissional, posses /dinheiro e doença não foram alvo de intervenções por parte da terapeuta de E.

Mudança média de ODF após intervenções dirigidas ao conflito tendo em conta as diferentes "áreas de vida"

A terapeuta da paciente F realizou 43 intervenções dirigidas ao conflito com efeito de mudança no funcionamento defensivo da paciente F. Durante a psicoterapia foram explorados 3 áreas do "conflito de culpa" da paciente F: o critério geral do conflito, a manifestação do conflito de culpa na relação com a família de origem e com o emprego/vida profissional. No início da psicoterapia as intervenções que abordam as características de critério geral do conflito de culpa originam uma resposta adaptativa da paciente F, uma vez que existe um aumento médio de 2,16 pontos na escala do ODF após uma intervenção dirigida ao critério geral. Ao longo da psicoterapia as intervenções dirigidas ao critério geral do conflito de culpa produzem respostas defensivas mais adaptativas, sugerindo que a paciente F reconhece os afetos dominantes e o modo de relacionamento subjacente ao conflito de culpa. Aos 18 meses de psicoterapia sempre que a F é solicitada para abordar ou é indicado pela terapeuta o conflito de culpa no domínio da família de origem verifica-se uma resposta defensiva com base em MDs imaturos. O maior decréscimo de ODF médio verifica-se aos 18 meses seguido de uma subida média de 1 ponto na escalda do ODF aos 24 meses. Neste sentido verifica-se uma melhoria defensiva na forma como a F lida com o seu conflito de culpa em relação à sua família de origem. O conflito de culpa associado à área profissional e emprego é abordado pela terapeuta da F aos 6 meses e 12 meses, verificando-se uma melhoria da resposta defensiva de 0,75 pontos aos 6 meses ara 1 ponto de melhoria defensiva na escala do ODF. De uma forma geral, verificou-se uma melhoria defensiva na área da vida profissional e da família de origem. Não se verificou a exploração das manifestações do conflito de culpa da F nas áreas da família/parceiro, contexto social, posses/dinheiro, corpo/sexualidade e doença.

DISCUSSÃO

A presente investigação pretendeu conhecer a relação entre as intervenções terapêuticas dirigidas ao conflito intrapsíquico e o funcionamento defensivo de duas pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica. Vaillant e McCullough (1998) defendem que a dimensão de funcionamento defensivo e de conflito intrapsíquico deverão ser incorporados no léxico de todos os sistemas de diagnóstico. Porém, a investigação empírica sobre o constructo de conflito intrapsíquico tem sido limitada em fornecer evidências sobre a valência nosológica (Stigler, et al., 2007).

Verificou-se que as intervenções dirigidas ao conflito provocaram quer respostas defensivas adaptativas quer imaturas. Na paciente E verificou-se aos 6 meses um aumento de MDs imaturos após este tipo de intervenção. No entanto, aos 12 meses observou-se em média um efeito de melhoria nas defesas da paciente. Os dois casos estudados apresentam perfis de resposta defensiva distintas face às intervenções dirigidas ao conflito. Será necessário futuras investigações com amostras superiores para se verificarem a existência de padrões comuns no efeito deste tipo de intervenção no funcionamento defensivo, por exemplo, (1) quando é que as intervenções dirigidas ao conflito provocaram um maior efeito na melhoria do funcionamento defensivo, início, meio ou final da terapia? ou (2) será que o efeito das intervenções dirigidas ao conflito nos MDs contribuiu para a variância associada ao perfil de mudança do funcionamento defensivo descrito na literatura (Perry, Petraglia, & Olson, 2012; Perry et al., 2009)?

Ao longo das duas terapias verificam-se períodos em que a direção de mudança dos MDs após as intervenções dirigidas ao conflito se realiza no sentido de uma regressão defensiva. Colocamos a hipótese de que estas intervenções são dirigidas a componentes conflituais inconscientes ou áreas de manifestação do conflito principal associadas a afetos inaceitáveis e não ligadas à representação. Assim, como resposta ao material conflitual não elaborado são usados MDs imaturos como a clivagem, a negação, a identificação projetiva ou a projeção. Se tal se verifica seria de esperar que ao longo de uma psicoterapia o processo de *working through* permitiria que as pacientes desenvolvessem uma maior consciencialização das diferentes facetas e manifestações do seu conflito principal e conseguissem progressivamente manejar o conflito intrapsíquico com o recurso a defesas maduras. A conceptualização do constructo de conflito pelo OPD2 permite que para cada um dos 7 conflitos principais descritos no instrumento se possam identificar as várias áreas em que o conflito se manifesta como a família de origem, família/parceiro, contexto social, vida profissional, posses/dinheiro, doença etc. Tendo em conta esta divisão do conflito por contextos de atuação foi possível efetuar-se uma leitura mais fina das intervenções dirigidas ao conflito intrapsíquico. Na paciente E, o domínio de conflito família de origem produz um efeito de regressão defensiva até aos 6 meses de psicoterapia. Aos 18 meses verifica-se um aumento do funcionamento defensivo médio em 3,33 pontos na escala de ODF. Para este domínio do conflito identificou-se um melhoramento do funcionamento defensivo progressivo ao longo do tempo. No momento em que a intervenção dirigida ao conflito na sua vertente família de origem atinge uma melhoria de 3,33 pontos, a terapeuta deixa de intervir nessa área do conflito passando a centrar-se noutras áreas como o contexto social, o critério geral e família/parceiro. Nesta última área verificamos uma progressão no sentido oposto. A E. no início da psicoterapia referia-se ao parceiro utilizando maioritariamente a defesa de idealização do outro (nível 4, expresso em frases como "tenho um marido maravilhoso"). Após os 18 meses a terapeuta inicia a exploração dos elementos desorganizadores da relação de F com o marido ("está a viver uma situação relativamente infeliz com o seu marido…é difícil tê-lo cá?") provocando respostas defensivas mais imaturas através do uso de defesas como a racionalização e agressão passiva. Em relação, à manifestação do conflito de culpa da F na relação com o seu companheiro existe a dificuldade de responsabilização do marido e continua a existir um autossacrifício e

acumular de culpa por parte da F. O afeto negativo sentido pela F não se encontrada ligado à sua representação, possivelmente por ainda permanecer inconsciente.

Ao longo da psicoterapia a terapeuta de E demonstrou estar em sintonia com as respostas defensivas dadas pela paciente após as intervenções dirigidas ao conflito. A terapeuta parece usar os MDs como marcos ou guias no processo terapêutico para efetuar escolhas sobre o foco conflitual a explorar e para inferir se os componentes anteriormente inconscientes são aceites e elaborados pela paciente. Pode-se observar um padrão semelhante na terapia da paciente F, na qual o conflito de culpa na vertente da família de origem apresentou um efeito regressivo no ODF até aos 18 meses de psicoterapia passando aos 24 meses a estar associado com a ocorrência de MDs mais adaptativos. Poderemos inferir que esta paciente apenas no final de dois anos de psicoterapia conseguiu lidar de forma adaptativa com o conflito de culpa que sentia em relação ao seu irmão e à sua mãe.

Ambas as terapeutas realizam intervenções dirigidas ao conflito tendo em conta um número limitado de áreas de manifestação do conflito principal. Existem áreas de conflito que não originam intervenções como por exemplo, o corpo/sexualidade (com apenas uma intervenção), posses/dinheiro e doença. Em futuros estudos, poderão ser comparados as áreas do conflito abordadas, a frequência de intervenções por momento e avaliar-se se é necessário trabalhar todas as áreas do conflito para se verificarem mudanças no funcionamento defensivo geral do paciente. As áreas do corpo/sexualidade, área financeira e doença podem não ser abordadas tão frequentemente devido a aspetos culturais ou à qualidade da relação terapêutica estabelecida.

Esta investigação apresenta várias limitações metodológicas que condicionam o alcance dos resultados obtidos. Não foi calculado um índice de concordância para a identificação de intervenções dirigidas ao conflito pelo que poderá haver enviesamento dos resultados. Em relação à análise dos dados obtidos não foram aplicadas medidas estatísticas para o apuramento de mudanças estatisticamente significativas no funcionamento defensivo ao longo da psicoterapia, nem na significância dos efeitos pré e pós intervenção dirigida conflito intrapsíquico. Assim, esta investigação tem por base uma leitura preferencialmente qualitativa dos resultados. Por último, esta investigação encontra-se limitada por não preencher os requisitos de identificação de mediadores e mecanismos de mudança em psicoterapia descritos por Kazdin (2007, 2009).

REFERÊNCIAS

Cierpka, M., Grande, T., Rudolf, G., von der Tann, M., & Stasch, M. (2007). The operationalized psychodynamic diagnostics system: Clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology*, *40*(4), 209-220.

Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(4), 490-495.

Gabbard, G., & Westen, D. (2003). Rethinking therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*, *84*(4), 823-841.

Gazzillo, F., Waldron, S., Genova, F., Angeloni, F., Ristucci, C., & Lingiardi, V. (2014). An empirical investigation of analytic process: Contrasting a good and poor outcome case. *Psychotherapy, 51*(2), 270-282.

Gilliéron, E. (1998). *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi.

Joyce, A., & Piper, W. (1993). The immediate impact of transference interpretation in short-term individual psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *47*(4), 508.

Junod, O., de Roten, Y., Martinez, E., Drapeau, M., & Despland, J. (2005). How to address patients' defences: A pilot study of the accuracy of defence interpretations and alliance. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *78*(4), 419-430.

Kazdin, A. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27

Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, *19*(4/5), 418-428.

Kernberg, O. (2005). Unconscious conflict in the light of contemporary psychoanalytic findings. *Psychoanalytic Quarterly*, *74*(1), 65-81.

Kramer, U., Despland, J., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(12), 1232-1241.

Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, *50*(3), 413-418.

Luborsky, L. (1998). A guide to the CCRT method. In *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2nd ed., pp. 15-42). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Hersoug, A., Sexton, H., & Høglend, P. (2002). Contribution of defensive functioning to the quality of working alliance and psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy*, *56*(4), 539-554.

Høglend, P. (1993). Transference interpretations and long-term change after dynamic psychotherapy of brief to moderate length. *American Journal of Psychotherapy*, *47*(4), 494-507.

Olson, T., Perry, J., Janzen, J., Petraglia, J., & Presniak, M. (2011). Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, *74*(2), 142-165.

Perry, J. (1990). *Defense mechanism rating scales* (5th ed.). Boston: The Cambridge Hospital.

Perry, J., Beck, S., Constantinidès, P., & Foley, J. (2009). Studying change in defensive functioning in psychotherapy using the defense mechanism rating scales: Four hypotheses, four cases. In R. A. Levy & J. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice* (pp. 121-153). Totowa, NJ US: Humana Press.

Perry, J., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, *169*(9), 916-925.

Perry, J., & Cooper, S. (1989). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *34*, 863-893.

Perry, J., & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In U. Hentschek, G. Smith, J.G. Draguns & W. Ethlers (Eds.), *Defense mechanisms. Theorical, research and clinical perspectives* (pp.165-192). Amsterdam: Elsevier.

APA – American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Guldberg, C., Hoglend, P., & Perry, J. (1993). Scientific methods for assessing psychological defenses. *Nordic Journal of Psychiatry*, *47*(6), 435-446.

Vaillant, G. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Vaillant, G., & McCullough, L. (1998). The role of ego mechanisms of defense in the diagnosis of personality disorders. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 139-158). American Psychological Association.

Hilsenroth, M., Callahan, K., & Eudell, E. (2003). Further reliability, convergent and discriminant validity of overall defensive functioning. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*(11), 730-737.

Piper, W., Joyce, A., McCallum, M., & Azim, H. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(4), 586-595.

Ristl, E., & von der Tann, M. (2008). *Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2: Manual of diagnosis and treatment planning*. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.

Ulberg, R., Amlo, S., Critchfield, K., Marble, A., & Høglend, P. (2014). Transference interventions and the process between therapist and patient. *Psychotherapy*, *51*(2), 258-269.

Wallerstein, R. (1994). Psychotherapy research and its implications for a theory of therapeutic change: A forty-year overview. *Psychoanalytic Study of the Child*, *49,*120-141.

Winston, B., Samstag, L., Winston, A., & Muran, J. (1994). Patient defense/therapist interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(3), 478-491.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Processos de mudança em psicoterapia: O funcionamento defensivo do paciente e a adesão do terapeuta a diferentes modelos teóricos

ANTÓNIO PAZO PIRES (*)
CAROLINA TRINDADE (*)
CARLO PATRÃO (*)
RUI SANTOS (**)
CAROLINA SEYBERT (**)

Os desenvolvimentos mais recentes da investigação em psicoterapia psicodinâmica estão ligados aos estudos dos processo e resultados, dada a importância de perceber as contingências entre as necessidades dos pacientes e a competência dos terapeutas, a fim de melhor atender a essas necessidades, assim como, melhor compreender a eficácia e eficiência dos tratamentos psicanalíticos (Kachele, 2009). A pesquisa ao nível da psicoterapia psicodinâmica tem feito grandes avanços nesse sentido, demonstrando evidências da sua eficácia e eficiência nas formas específicas de terapias psicodinâmicas de curto e longo prazo, sendo ainda visível uma grande necessidade de mais estudos neste campo (Kachele, 2009). No entanto, esta pesquisa, com algumas excepções importantes, tem-se focado quase exclusivamente na relação entre processos e resultados em terapias psicodinâmicas breves, pois os problemas metodológicos associados à investigação processo-resultado são imensos devido à complexidade do processo terapêutico e aos muitos fatores envolvidos no resultado. Apesar destas dificuldades, muitos clínicos estão interessados nos mecanismos de mudança em tratamentos psicodinâmicos de longo prazo (Luyten et al., 2012).

Existe uma crescente necessidade de se avaliar o processo terapêutico com o intuito de demonstrar que factores específicos contribuem para a eficácia de um tratamento e que aspetos únicos contribuem para a melhoria do paciente (Smith-Hansen, Levy, Seybert, Erhardt, & Ablon, 2012). Com este objectivo multiplicam-se os instrumentos de medida de processos. Não existindo uma medida óptima do processo psicodinâmico muitos instrumentos limitam o seu uso a abordagens teóricas específicas ou a determinados aspectos da sessão. Ao contrário da maioria destes instrumentos, o Psychotherapy Process Q-Set (Jones, 1985) permite analisar os processos que ocorrem durante um tratamento, naturalístico ou manualizado, nas várias orientações teóricas.

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
(**) Ulm University, Germany.

Com base no PQS foram desenvolvidos protótipos quantitativos para cada abordagem terapêutica traduzindo o processo ideal de uma psicoterapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental ou *control mastery therapy.* Através destes protótipos é possível determinar em que medida psicoterapias que alegam seguir uma determinada orientação teórica, se encontram realmente em conformidade com o seu respetivo protótipo ideal (Ablon & Jones, 1998, 2002; Pole et al., 2008).

Estudos têm vindo a demonstrar que, em qualquer orientação teórica, os tratamentos raramente são teoricamente puros, incluindo muitas vezes processos geralmente relacionados com a forma como os terapeutas apreendem e regulam as emoções dos pacientes (Coombs et al., 2002).

Pole, Ablon e O'Connor (2008) apreendem que o comportamento do terapeuta era mais consistente com o protótipo de C*ontrol Mastery Therapy* (CMT), e esta aderência, assim como aspetos particulares de outros protótipos, influenciavam a mudança nos sintomas. A CMT foi desenvolvida por Joe Weiss (1993, cit. in Pole et al., 2002) como uma teoria que integra o modelo teórico interpessoal, cognitivo-comportamental e conceitos psicodinâmicos. Assume que os pacientes em psicoterapia são intrinsecamente motivados a superar os seus problemas, para se adaptarem com sucesso aos seus contextos e cumprirem metas de desenvolvimento normais. Propõe que os pacientes muitas vezes são bloqueados no seu progresso em direção aos seus objetivos por sistemas de crenças não-adaptados e que os terapeutas recorrem à utilização de intervenções dinâmicas, considerando que as crenças mais prejudiciais do sujeito se desenvolvem na sequência de experiências de infância perturbadoras.

Num estudo de Serralta e colaboradores (2010) foi evidenciado que avaliar a adesão dos comportamentos dos pacientes, do terapeuta, e das suas interações, isoladamente, permite compreender os resultados da avaliação de todo o protótipo. O mesmo estudo demostrou que a adesão a uma determinada orientação teórica seria essencialmente impulsionada pelo comportamento do paciente. Este facto tem vindo a ser evidenciado por diversos autores em vários estudos, revelando que: os terapeutas aumentam a aderência a técnicas cognitivas a fim de corrigir problemas na aliança terapêutica (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996); a forma como os pacientes necessitam de técnicas de apoio ou interpretação varia de paciente para paciente. A interpretação deve ser mais enfatizada em paciente que demonstrem uma adequada forma egóica e tolerância à ansiedade (Luborsky, 1984, cit. in Leonard, 1987); o sofrimento do paciente influencia consideravelmente o comportamento do terapeuta. Com maiores níveis de sofrimento o terapeuta tende a ser mais activo e menos interpretativo (Serralta et al., 2010). De acordo com Jones, Cumming e Horowitz (1988), a integração de diferentes modelos teóricos, aquando do modelo teórico de referência do terapeuta, tem contribuído para a eficácia do tratamento.

Assim, e dada a influência do comportamento do paciente na diferente utilização de modelos teórico, torna-se importante estudar as variáveis relativas ao comportamento do paciente. Os mecanismos de defesa do paciente têm-se mostrado fundamentais no estudo dos processos e produtos psicoterapêuticos (Perry & Henry, 2004), assim como as intervenções terapêuticas direccionadas ao funcionamento defensivo do paciente, sendo

apontadas em vários estudos como importantes factores de mudança em psicoterapia (Gazzillo et al., 2014; Lingiardi, 2013; Olson, Perry, Janzen, Petraglia, & Presniak, 2011). Johansen e colaboradores (2011) estudaram a mudança do funcionamento defensivo do paciente ao longo de uma psicoterapia breve dinâmica e de uma psicoterapia cognitiva comportamental constatando um aumento significativo do funcionamento defensivo global (ODF) do paciente em ambas, salientando um aumento do uso das defesas maduras e uma diminuição de defesas imaturas. O impacto das intervenções do terapeuta no funcionamento defensivo do paciente também tem sido estudado ao nível da interpretação de defesas em relação à qualidade da aliança terapêutica (Despland et al., 2001; Foreman & Marmar, 1985, cit. in Perry, Petraglia, Olson, Presniak, & Metzger, 2012). No entanto, não se encontra literatura relativa à forma como o funcionamento defensivo do paciente evolui consoante a aderência do terapeuta aos protótipos.

Nesse sentido, a presente investigação tem como objectivo compreender de que forma evolui a adesão do terapeuta aos protótipos e a sua relação com a evolução do funcionamento defensivo, de duas pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica.

MÉTODO

Participantes

A paciente 1 é uma mulher com 45 anos de idade, filha mais nova de uma fratria de três irmãos. É casada pela segunda vez, tem três filhas e encontra-se desempregada.

A paciente 2 é uma mulher com 50 anos de idade no início da psicoterapia. É divorciada, está desempregada e vive sozinha.

A psicoterapia das pacientes 1 e 2 foi conduzida por duas terapeutas com formação em Psicologia Clínica, realizaram a sua psicanálise pessoal, têm 4 anos de experiência clínica, uma tem formação em psicoterapia e a outra não.

As psicoterapias são de inspiração psicodinâmica e ocorrem na Clínica Universitária do ISPA com uma frequência semanal. As sessões têm uma duração média de 50 minutos. A paciente 1 realizou 80 sessões psicoterapêuticas, enquanto a paciente 2 realizou 76 sessões psicoterapêuticas, durante dois anos e meio.

Instrumentos

Psychotherapy Process Q-Set (PQS) (Jones, 1985)

O PQS é um instrumento construído para descrever e analisar o processo de psicoterapia ao nível de uma sessão de psicoterapia individual. É composto por 100 itens que descrevem os comportamentos e acções do terapeuta (n=41), atitudes, comportamentos e experiências do paciente (n=40), e as interações entre o terapeuta e o paciente (n=19) (Jones, 2000).

Cada item está redigido de forma clara e descritiva para minimizar inferências por parte do avaliador, sem que as suas influências teóricas interfiram na avaliação do material clínico (Jones & Windholz, 1990). O manual do PQS apresenta a definição de cada item, exemplificando como se devem aplicar consoante as diferentes categorias, de forma a minimizar o risco de interpretações divergentes por parte dos avaliadores (Jones, 1985). O PQS é uma medida ipsativa para a qual observadores independentes avaliam uma sessão de psicoterapia (a partir sessões transcritas, em áudio ou em vídeo), após serem instruídos a classificar os 100 itens em categorias que variam do menos característico (categoria 1) para o mais característico (categoria 9) na sessão, sendo a categoria 5 relativa a itens neutros ou irrelevantes na sessão. Os avaliadores devem comparar os 100 itens entre si para cada sessão em particular, de forma a evitar julgar a sessão tendo em conta o processo ou a forma como outras sessões ocorreram (Smith-Hansen et al., 2012). É baseado na metodologia Q-Sort, ou método de ordenamento, particularmente adequado para identificar variações entre indivíduos ou entre processos, e não entre variáveis (Blatt, 2005 cit. por Bambery et al., 2009). A cotação segue uma distribuição normal, existindo um número de itens fixo para cada categoria, garantindo uma avaliação mais fidedigna e ponderada para cada item e contrabalançando o efeito de halo e enviesamentos. Os avaliadores devem classificar os itens pela frequência, intensidade e importância estimada na sessão (Ablon & Jones 2002). O PQS demonstrou confiabilidade e validade numa variedade de diferentes amostras de tratamento, incluindo em terapia psicodinâmica, cognitivo-comportamental, centrada no cliente, gestalt, *Control Mastery Theraphy* e terapias interpessoais. A confiabilidade entre avaliadores em todos os 100 itens PQS tem consistentemente revelado coeficientes alfa entre 0,83 e 0,89 por par de avaliadores, devendo ser sempre cotado por dois avaliadores possibilitando a correlação inter avaliador. O instrumento foi desenvolvido por Jones em 1985 e têm sido posteriormente publicadas versões traduzidas em inúmeras línguas (Smith-Hansen et al., 2012).

A evolução da adesão do terapeuta aos diferentes protótipos pode ser calculada através da utilização do protótipos desenvolvidos por Pole, Ablon e O'Connor (2008) para as dimensões parciais do PQS: atitudes, comportamentos e experiências do paciente; atitudes e ações do terapeuta e interação entre paciente e terapeuta. Os protótipos de psicoterapia Psicodinâmica (PDT), Cognitiva-Comportamental (CBT) e Control Mastery Therapy (CMT) foram desenvolvidos com base no PQS, calculando o grau em que cada item do PQS contribuía para o que seria o processo de terapia ideal para cada orientação teórica, criando factores de correlação para cada item, que representam o peso fatorial de cada afirmação, e se organizam em protótipos de processos de tratamento ideais para cada um dos tipos de terapia. Desta forma é possível calcular a adesão do terapeuta ao protótipo CBT, PDT e CMT nos diferentes momentos, a partir das cotações do PQS de cada paciente em cada sessão.

Defense Mechanism Rating Scales (DMRS) (Perry, 1990)

O Defense Mechanism Rating Scales, 5a edição (Perry, 1990) é um manual que apresenta um método quantitativo e qualitativo de guia à inferência clínica de mecanismos

de defesa utilizados pelo paciente durante a terapia, através de juízes externos. São utilizadas gravações áudio, vídeo ou transcrições de uma sessão de psicoterapia como unidade de análise. A escala é composta por 28 mecanismos de defesa, dois dos quais estão subdivididos de acordo com o objeto da defesa ser o "eu" ou o "outro", alcançando o total de 30 mecanismos de defesa acompanhados da definição e função de cada, assim como uma explicação relativa à sua identificação (Perry, 1990).

As 30 defesas encontram-se distribuídas por 7 escalas sumárias (estilos defensivos) relacionadas pelo seu grau de adaptabilidade: nível defensivo adaptativo (7), obsessivo (6), neurótico (5), narcísico (4), de evitamento (3), borderline (2) e de ação (1) (Perry & Henry, 2004). Os 7 níveis defensivos são distribuídos em 3 categorias de defesas: as defesas maduras (nível 7), as defesas neuróticas ou intermédias (nível 5-6) e as defesas imaturas (nível 1-4) (Vaillant,1992).

O método qualitativo do DMRS é constituído por uma escala de três pontos através das quais os avaliadores deverão classificar defesas tendo em conta a sua ausência (0), presença provável (1) e presença definitiva (2) (Perry, 1990). Para o método quantitativo do DMRS são apresentadas três medidas de proporção contínuas: (a) *pontuação de defesas individuais* (percentagem de cada defesa), (b) *pontuação do nível defensivo e* (c) *Overall Defensive Functioning* (ODF) (Perry & Henry, 2004).

O DMRS possibilita a descriminação de diferentes perturbações e níveis de funcionamento, sendo viável a sua utilização na compreensão da evolução dos pacientes em psicoterapia de inspiração psicanalítica, dada a sua validade psicométrica (Perry et al., 2009). O DMRS apresenta boas características psicométricas com uma fiabilidade entre juízes entre aceitável e boa (Perry & Henry, 2004).

RESULTADOS

Os protótipos de psicoterapia Psicodinâmica (PDT), Cognitiva-Comportamental (CBT) e Control Mastery Therapy (CMT), quanto às diferentes dimensões parciais do PQS (Pole, Ablon e O'Connor, 2008), foram utilizados neste estudo com o intuito de conhecer a adesão do terapeuta a cada um.

Para isso, correlacionaram-se os valores obtidos no PQS em cada sessão com os 3 protótipos distintos, encontrando os diferentes valores de adesão (r) que representam em que medida cada sessão ocorreu em conformidade aos protótipos PPD, CBT e CMT ideais. Apenas a dimensão do PQS relativa ao terapeuta foi calculada, separando-se os 41 itens do terapeuta (Pole et al., 2008), refletindo a total correspondência do processo real e ideal no que diz respeito às intervenções deste. Os valores foram organizados por momentos com o intuito de compreender a evolução da adesão do terapeuta a cada protótipo. Depois de calculada a adesão para cada sessão foi calculada a média de adesão das quatro sessões para cada um dos períodos de avaliação.

Paciente 1

Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos

O terapeuta tem uma maior adesão ao protótipo psicodinâmico ao longo de toda a psicoterapia, (início *r*=0,55; 6 meses *r*=0,58, 12 meses=0,48, 18 meses *r*=0,52 e 24 meses *r*=0,51). Dos 6 para os 12 meses há uma ligeira descida e manutenção do valor até ao fim da terapia.

Aos 12 meses observa-se uma decida significativa do valor da adesão ao protótipo CMT com nova subida aos 18 meses (12 meses *r*=0,16; 18 meses *r*=0,4), assim como uma pequena subida na adesão ao protótipo cognitivo-comportamental

Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia

As variações dos 7 níveis defensivos do DMRS ao longo do percurso psicoterapêutico da paciente 1, apresentados na Figura 2, mostram que nos primeiros 6 meses de psicoterapia houve aumento das defesas de nível neurótico (de 28,22% para 36,69%) e de evitamento. A

paciente utiliza, no nível de defesas neurótico, uma percentagem elevada de defesas de

recalcamento, e de projecção ao nível de defesas de evitamento. No mesmo período de tempo, as defesas de acção, narcísicas e borderline desceram substancialmente.

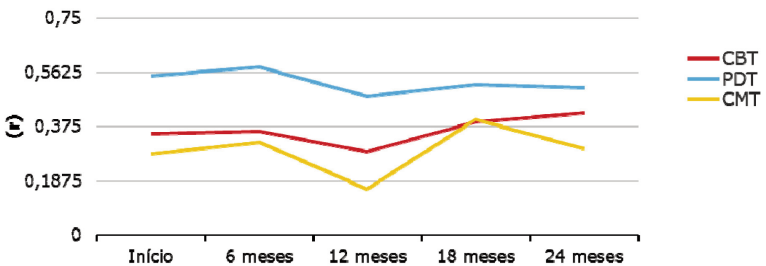


Figura 1. Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo

Nas defesas de nível de evitamento há aumento mais acentuado das defesas de projeção e de racionalização. A partir dos 12 meses de psicoterapia ocorre um decréscimo bastante acentuado das defesas de nível neurótico enquanto surge um aumento significativo das defesas de nível de evitamento (42,27%). A paciente apresenta como principais defesas a projeção e o recalcamento, estando associadas negativamente. A paciente oscila entre a inibição do reconhecimento de afetos, impulsos e desejos e a sua atribuição errónea ao outro que é visto como ameaçador.

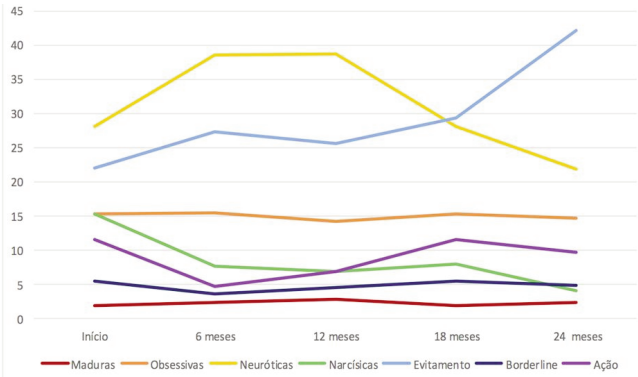


Figura 2. Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente 1 ao longo da psicoterapia

Paciente 2

Mudança na adesão do Terapeuta aos diferentes protótipos

Como se pode averiguar na Figura 3 o terapeuta inicia a terapia apresentando uma maior adesão ao protótipo cognitivo-comportamental, sendo este o protótipo a que mais se aproxima na maior parte do tempo de terapia, variando entre *r*=0,39 e *r*=0,57. No entanto verifica-se um decréscimo da adesão ao mesmo desde o início da terapia até aos 12 meses (início *r*=0,57; 6 meses *r*=0,48, 12 meses=0,39, 18 meses=0,5 e 25 meses=0,49). A adesão do terapeuta ao protótipo CMT é semelhante ao anterior. Também apresenta um decréscimo significativo nesse período de tempo (início *r*=0,52; 12 meses *r*=0,25). Aos 18 meses apresenta uma subida nos valores de adesão (*r*=0,42), mantendo-se esses valores aos 24 meses (*r*=0,39). Pelo contrário, a adesão do terapeuta ao protótipo PDT sofre um aumento relevante nos primeiros doze meses, apresentando uma correlação entre as intervenções do terapeuta reais e as ideais de 0,21 no início da terapia, 0,37 quanto aos 6 meses e 0,47 aos 12 meses. Apesar de estes valores baixarem dos 12 aos 18 meses (*r*=0,34), mantendo-se aos 24 meses (*r*=0,35) este continua a ser bastante superior que no início.

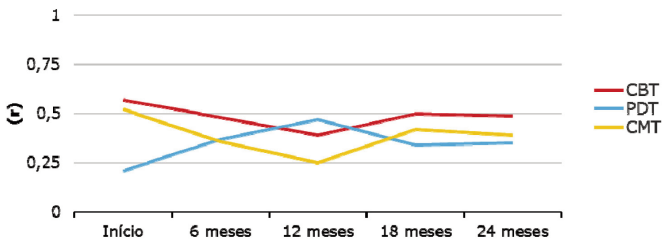


Figura 3. Adesão do terapeuta aos protótipos PDT, CBT e CMT ao longo do tempo

Mudança nos níveis defensivos ao longo da psicoterapia

Conforme mostra a Figura 4, no início da psicoterapia, a paciente apresenta um registo defensivo com predominância de defesas do nível de evitamento (33,33%), neuróticas (19,23%), maduras (15,38%) e narcísicas (15,38%). Entre estas, observa-se um maior recurso a defesas de nível de evitamento. Os principais mecanismos de defesa utilizados no início da psicoterapia são a racionalização, o recalcamento e a negação. Até aos 18 meses de terapia, a paciente apresenta um aumento constante da utilização de defesas de nível de evitamento apresentando uma percentagem máxima de 50,63% aos 18 meses. Entre os 12 e os 18 meses as defesas neuróticas aumentam, apresentando nos meses seguintes (dos 18 aos 24) uma diminuição significativa da sua utilização. Também as defesas do nível obsessivo sofrem um aumento nos primeiros 6 meses, tendo este valor decaído progressivamente até aos 18 meses, voltando nessa altura a subir. A diminuição das defesas de nível neurótico é acompanhada por um crescente recurso a defesas do nível obsessivo (20,27%), em particular dos mecanismos de defesa de intelectualização e de anulação. As defesas de nível maduro estabilizam a partir dos 18 meses e apresentam uma percentagem de 16,21 aos 24 meses.

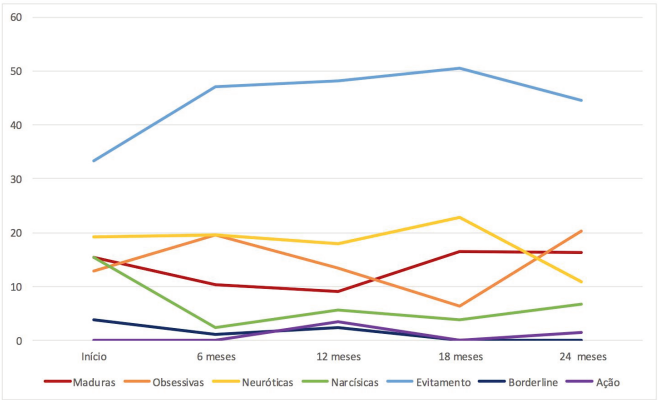


Figura 4. Perfil de mudança dos níveis defensivos da paciente ao longo da psicoterapia

Ao longo da terapia o terapeuta vai aumentando a adesão ao protótipo psicodinâmico (até aos 18 meses), enquanto o paciente aumenta a quantidade de defesas de nível de evitamento, podendo ser associada uma grande racionalização por parte desta correspondente a uma fuga das intervenções mais dinâmicas do terapeuta, tendencialmente mais associadas ao conflitos inconscientes da paciente e interpretação e defesas. É visível uma oscilação correspondente entre o decréscimo das defesas maduras ao longo da terapia o decréscimo da adesão do terapeuta ao protótipo cognitvo-comportamental e *control mastery therapy,* assim como o aumento da adesão do terapeuta ao protótipo psicodinâmico.

DISCUSSÃO

A terapeuta da paciente 1 apoiou-se de forma mais predominante a uma intervenção psicodinâmica do que outros modelos e alterou pouco a sua forma de intervenção ao longo da terapia. A paciente 1 tem uma patologia mais severa, com ODF mais baixo (0,4) e ausência de defesas maduras. A paciente 1 parece "piorar" a partir dos 12 meses, visto apresentar uma diminuição das defesas neuróticas e um aumento das defesas de evitamento e borderline sem aumento das defesas obsessivas e maduras. Num estudo de Knight (1972) a terapia de apoio seria o tratamento escolhido por aqueles pacientes com patologias mais severas e que se encontravam demasiado "fragilizados" a nível mental para conseguirem suportar um processo psicanalítico, enquanto uma terapia mais dinâmica seria melhor utilizada com pacientes que apresentassem uma maior capacidade ao nível da estrutura e organização mental. Neste sentido, o facto da paciente apresentar um decréscimo do ODF, e uma recorrente utilização de defesas pouco maduras, pode estar relacionado com o facto de o terapeuta ter uma intervenção mais dinâmica, levando a paciente a recorrer a defesas pouco maduras dada a sua incapacidade para suportar este tipo de intervenções. Outro estudo feito com a utilização do PQS, conduzido por Comninos e Greyer (2007), que comparou as primeiras sessões de "*rapid responders*" e "*gradual responders*", revelou que os "*rapid responders*" eram mais capazes de trabalhar com sentimentos intensos no início da terapia, enquanto os outros seriam mais capazes numa fase mais avançada da terapia. Este facto pode também explicar a ausência de melhoras na utilização de defesas por parte do paciente 1, sendo provável que em momentos mais tardios da terapia, não abrangidos neste estudo, se pudessem ver melhoras e uma maior capacidade de insigh. Pelo contrário, a paciente 2 apresenta uma patologia menos severa, tendo uma maior capacidade para explorar e gerir sentimentos dolorosos, podendo isso explicar uma melhoria no funcionamento defensivo global da paciente 2. Neste caso, a terapeuta foi mais "eclética", apesar de demonstrar uma maior utilização do modelo cognitivo-comportamental, ajustando mais a sua intervenção e demonstrando maior integração de todos os protótipos. A paciente apresenta um valor de ODF ligeiramente mais alto (4,5) e recurso a defesas maduras. Na paciente 2, entre os 18 e os 24 meses parece ocorrer a maior alteração ao nível defensivo. Com diminuição do evitamento, e outras defesas neuróticas e subida das defesas obsessivas e maduras. Para além de uma maior capacidade para trabalhar sentimentos intensos por parte da paciente, esta evolução do funcionamento defensivo poderia ser explicada pela maior integração dos diferentes modelos teóricos por parte do teraupeuta.

REFERÊNCIAS

Ablon, J. S., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(2), 216-231.

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8,* 71-83.

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry, 159*, 775-783.

Castonguay, L. G., Goldfried, M .R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effects of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497-504.

Bamberry, M., Porcerelli, J. H., & Ablon, J. S. (2007). Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy process q-set (APQ): Development and applications for training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*, 405-422.

Coombs, M. M., Coleman, D., & Jones, E. E. (2002). Working with feelings: The importance of emotion in both cognitive-behavioral and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 39*, 233-244.

Comnino, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 19, 230-239.

Despland, J., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., & Perry, C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, 155-164.

Gazzillo, F., Waldron, S., Genova, F., Angeloni, F., Ristucci, C., & Lingiardi, V. (2014). An empirical investigation of analytic process: Contrasting a good and poor outcome case. *Psychotherapy*, *51*, 270-282.

Johansen, P., Krebs, T., Svartberg, M., Stiles, T., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 712-715.

Jones, E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-Set*. University of California at Berkeley.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson.

Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 48-55.

Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *38*, 985-1015.

Kächele, H. (2009). European psychotherapy research: The History, the Current State, and Recommendations for the Future. *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*. New York: Humana Press.

Knight, R. (1949). A critique of the present psychotherapies. In S. Miller (Ed.), *Clinician and Therapist: Selected Papers of Robert Knight* (pp. 177-192). New York: Basic Books.

Kramer, U., Despland, J., Michel, L., Drapeau, M., & de Roten, Y. (2010). Change in defense mechanisms and coping over the course of short-term dynamic psychotherapy for adjustment disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *66*(12), 1232-1241.

Leonard, H. (1987). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatment. *Psychoanalytic Quarterly, 56,* 393.

Lingiardi, V. (2013). Trying to be useful: Three different interventions for one therapeutic stance. *Psychotherapy*, *50*(3), 413-418.

Olson, T., Perry, J., Janzen, J., Petraglia, J., & Presniak, M. (2011). Addressing and interpreting defense mechanisms in psychotherapy: General considerations. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, *74*(2), 142-165.

Patrick Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012) Process and outcome in Psychoanalytic psychotherapy research: The need for a (relatively) new paragigm. *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence* (pp. 245-359). New York: Humana Press.

Perry, J. (1990). *Defense mechanism rating scales* (5th ed.). Boston: The Cambridge Hospital.

Perry, J., & Bond, M. (2012). Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, *169*(9), 916-925.

Perry, J., & Henry, M. (2004). Studying defense mechanisms in psychotherapy using the defense mechanism rating scales. In U. Hentschek, G. Smith, J. G. Draguns & W. Ethlers (Eds.), *Defense mechanisms. Theorical, research and clinical perspectives* (pp. 165-192). Amsterdam: Elsevier.

Perry, J., Petraglia, J., Olson, T., Presniak, M., & Metzger, A. (2012). Accuracy of defense interpretation in three character types. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice- based evidence* (pp. 417-447). Totowa, NJ: Humana Press.

Pole, N., Ablon, J. S., & O' Connor, E. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(2), 221-232.

Pole, N., Ablon, J., O'Connor, L., & Weiss, J. (2002). Ideal control mastery technique correlates with change in a singles case. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/ Training*, *39*(1), 88-96.

Serralta, F. B., Pole, N., Nunes, Ma. L. R., Eizirik, C. L., & Olsen, C. (2010). The process of change in brief psychotherapy: Effects of psychodynamic and cognitive-behavioral prototypes. *Psychotherapy Research, 20*, 564-575.

Smith-Hansen, L., Levy, R. A., Seybert, C., Erhardt, I., & Ablon, J. S. (2012). The Contributions of the Psychotherapy Process Q- Set to Psychotherapy Research. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and, practice bases evidence* (pp. 381-400). Humana Press. New York.

Vaillant, G. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Programa de estimulación para el desarrollo de las funciones ejecutivas en preescolares

BELÉN AGLIO RAMÍREZ [*]

La infancia y la adolescencia son etapas determinantes en la adquisición de habilidades propias del ser humano. El desarrollo cerebral comienza en los periodos prenatales y continúa su formación tiempo después del nacimiento. La corteza cerebral, al nacer inmadura, presenta un gran potencial de formación donde áreas funcionales especificas dependerán de la estimulación que el ambiente proporcione para su aumento o disminución.

Como parte importante de este neurodesarrollo, se encuentran las funciones ejecutivas (FF.EE). Su objetivo principal es facilitar la adaptación del individuo a situaciones nuevas y complejas yendo más allá de conductas habituales y automáticas. Tienen su máximo desarrollo entre los 12 y 18 años de edad, donde su funcionamiento se equipara al de un adulto, las mismas se sustentan en una serie de habilidades básicas que ya están presentes, desde los primeros años de vida y comprenden tres habilidades fundamentales:

1) Control inhibidor (autocontrol) que se define como la habilidad de resistir a una fuerte inclinación de hacer una conducta habitual o de satisfacción inmediata por otra necesaria o más apropiada.
2) Memoria de trabajo que es la capacidad para mantener información en la mente con el objetivo de completar una tarea, registrar y almacenar información o generar nuevas ideas. Permite mantener la atención centrada en contenidos mentales específicos mientras se trabaja con ellos. Es esencial para llevar a cabo actividades múltiples o simultáneas, como por ejemplo cálculos aritméticos, lectura o seguir instrucciones complejas.
3) Flexibilidad cognitiva como la habilidad para ajustarse ágilmente a las demandas, siendo capaz de cambiar de perspectiva o de centro de atención de manera fácil, rápida y diferente. Es fundamental para la solución creativa de problemas (Diamond, Barnett, Thomas, & Munro, 2007; Diamond & Goldman-Rakic, 1989).

De los 3 a los 5 años los niños manifiestan una importante mejoría en actividades de cambio de tareas en las que se requiere un mantenimiento activo de la información e inhibición. Se ha sugerido que tal ejecución involucra en gran medida el funcionamiento de la corteza prefrontal dorsolateral sólo cuando el cambio de tarea implica el cambio del foco

[*] Universidad de Granada, España.

atencional a una dimensión diferente pues esto implica el procesamiento de información novedosa y por lo tanto mayor concentración (Diamond, 2002). Estos cambios tienen implicaciones significativas en la conducta del niño ya que le permiten formular y usar juegos de reglas más complejos para regular su conducta (Zelazo, 1996).

En el ámbito escolar, un déficit de FF.EE conduce a dificultades de atención en clase, no terminar las tareas, no inhibir comportamientos impulsivos, desmotivación por el aprendizaje y dificultad para cumplir con las exigencias escolares. Esta dinámica reproduce un circuito donde los profesores terminan esperando autorregulación deficiente y trabajo deficiente y los niños terminan siendo estudiantes con deficiencias. Por consiguiente, mejorar las FF.EE es particularmente urgente para niños/as en riesgo. El entrenamiento temprano focalizado en la mejora de estas habilidades es fundamental para potenciar el desempeño escolar y reducir las desigualdades sociales (Diamond & Lee 2011). Se ha planteado que las FF.EE predicen mejor el desempeño académico en la escuela que la misma capacidad intelectual. Además reducen la aparición de problemas de comportamiento. Por tanto se hace necesario prestarles atención en la educación preescolar (Rimm-Kaufman & Pianta, 2000). Los programas de intervención y entrenamiento neurocognitivo tratan de lograr la mejoría de las funciones mentales, a través de la ejercitación, tratando de potenciar las áreas más deficitarias para producir los cambios. Todos estos programas se han desarrollado para población adolescente y adulta, siendo incipiente para la etapa de 0 a 6 años.

Shonkoff (2011) plantea que no solo hay que favorecer en los niños/as las condiciones de aprendizaje, sino implantar estrategias para fortalecer el desarrollo evitando los efectos del "estrés tóxico". Este autor lo define como aquel estrés que produce la activación crónica del eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA), que posee consecuencias perjudiciales para el desarrollo infantil. En este sentido, el estrés tóxico deja una huella biológica de daño perdurable, tanto a nivel estructural como funcional en el cerebro. Una de las medidas o estrategias que propone para proteger a los niños/as del efecto de este estrés requiere, no sólo dar información y apoyo a los adultos (padres y profesores) que los cuidan, y las comunidades donde viven, sino también un entrenamiento en habilidades específicas.

El objetivo general es diseñar y aplicar un programa de intervención, focalizado en el entrenamiento de distintas FF.EE (memoria de trabajo, inhibición/control, flexibilidad) en preescolares. Se llevará a cabo a través de la estimulación cognitiva e incorporando Mindfulness. Se trata de un estudio piloto que se realiza con niños/as sin problemas específicos, puesto que entendemos que será una herramienta que podrá beneficiar también a niños con dificultades o que se encuentren en cualquier tipo de desventaja. En cuanto a los objetivos específicos se encuentran: Crear tareas/actividades individuales y/o grupales para entrenar las FF.EE. Implementar el programa en el aula, analizar su validez mediante una evaluación pre-post intervención y comprobar los efectos en las FF.EE. Nuestra hipótesis defiende que el programa propuesto favorecerá el desarrollo de las habilidades de funcionamiento ejecutivo. Así, el grupo estimulado, en comparación con el grupo control, presentará un mayor beneficio y se verá reflejado en una mejora en las puntuaciones en las medidas de FF.EE.

MÉTODO

Participantes

Alumnos/as de 5 años de edad del CEIP "Padre Manjón" en Huétor Tájar (Granada). Participaron dos clases, una como grupo control (GC) y otra como grupo de intervención (GI). La muestra en su inicio estaba compuesta por un total de 46 niños/as, 23 de cada clase y sus madres. A lo largo del proyecto piloto ocurrieron varias bajas. Los criterios de inclusión fueron: Ser niño/a con una edad de 5 años. Pertenecer al colegio citado. No presentar problemas neurológicos y trastornos psicológicos diagnosticados. Tener el consentimiento informado de los padres. En cuanto a los criterios de exclusión: No haber podido completar el programa. No contar con el consentimiento informado de los padres. La muestra final quedó constituida por 11 niños (61,1%) y 7 niñas (38,9%) en el GI y 14 niños (63,6%) y 8 niñas (36,4%) en el GC, no existiendo diferencias entre los grupos en cuanto al sexo (χ^2=0,870, p=0,564).

Instrumentos

Tests de Factor G (Cattell & Cattell, 1990). El test pertenece al tipo de pruebas de evaluación de inteligencia no verbales para adultos y para su realización se requiere solamente que el evaluado perciba la posibilidad de relación entre formas y figuras. Consta de 4 escalas. En cuanto a la fiabilidad y a su validez, los datos encontrados destacan que las fiabilidades de la división en mitades y de Judea Richardson se agrupan entre .70 y .80. Las fiabilidades del retest con las formas alternativas se sitúan entre 0.50 y 0.60 en algunas muestras.

BRIEF-P (Gioia, Isquith & Guy, 2000). Se trata de una herramienta de evaluación de la función ejecutiva en niños en edad preescolar. Investigaciones recientes confirman la consistencia interna de este instrumento para las cinco subescalas con un índice alfa de Crobach entre .76 y .95. Esta prueba fue cumplimentada por las madres.

CUMANIN (Portellano, Mateos & Martínez, 2000). Prueba de madurez neuropsicológica para edad preescolar (36 a 78 meses). Sus elementos se agrupan en 13 escalas: Psicomotricidad. Lenguaje articulatorio. Lenguaje expresivo. Lenguaje comprensivo. Estructura espacial. Visopercepción. Permite evaluar el grado de madurez neuropsicológica alcanzada por el niño/a. Los valores del coeficiente a de Cronbach obtenido por los autores del instrumento fluctuaron entre 0,71 y 0,92. Cuenta con una adecuada consistencia interna, hecho también reportado en las investigaciones realizadas en la muestra española y la validación en población peruana, siendo en todos los estudios superior a 0,66.

Programa de Estimulación (PEFEN) (Cruz-Quintana et al, 2014). Es un programa global de intervención de estimulación cognitiva para el desarrollo de las FF.EE en niños/as de 4 a 6 años de edad. Su duración total es de un curso académico distribuido en dos fases: Intervención (3 primeros meses) y seguimiento (a los 6 y a los 9 meses). Se divide en 5 módulos con una duración por día de 30 minutos integrado en las actividades del

currículum del alumno/a en el aula para que no suponga una sobrecarga. La duración del programa, cada semana, es de 2 horas y 30 minutos. El total de la intervención es de 30 horas (2 horas y 30 minutos x 12 semanas = 30 horas). El programa está estructurado para llevarse a cabo en tres meses. En total 60 sesiones. Las actividades están programadas para aumentar la dificultad cada mes. El tipo de tareas, viene dado por el planteamiento del programa, que es el de estimular la FF.EE y se basa en la construcción de actividades que integran varios de los componentes de la misma.

Asimismo, se ha considerado la inclusión de la técnica de Mindfulness o atención plena. Destaca como uno de los componentes que se han incorporado dentro de los programas de estimulación/intervención neuropsicológica en la infancia por el impacto que está teniendo en muchos grupos de intervención para el desarrollo de las FF.EE. Estudios tanto en contexto de intervención psicoeducativa, como en otros contextos, a lo largo de las últimas décadas, han desarrollado el entrenamiento en conciencia plena (mindfulness), que ha sido introducido en numerosos programas de mejora de la salud y en diversos tratamientos psicológicos. La psicología contemporánea ha incorporado este procedimiento de intervención, complementario a los recursos terapéuticos tradicionales, como una técnica para incrementar la consciencia y para responder más adecuadamente a los procesos que contribuyen al desarrollo de trastornos psicopatológicos y a otro tipo de problemas del comportamiento (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody et al., 2004). Se ha comprobado que es adecuado para el entrenamiento de las FF.EE en niños (Kaiser, 2013).

Procedimiento

Se recabaron los permisos por parte del colegio, así como de la delegación de educación, de la Junta de Andalucía, y el consentimiento de padres para realizar las evaluaciones y poner en marcha el programa. Se realizó una reunión con los padres/madres o tutores de los alumnos y alumnas participantes para explicar los objetivos y procedimiento del estudio. Una vez entendido y confirmado su consentimiento informado se realizó el entrenamiento de las maestras.

En la Pre-intervención, se inició la evaluación de los niños/as de ambos grupos. Los participantes en ningún momento supieron quiénes eran los controles y cuáles no. Realizada su evaluación, se pasó a la implementación del programa de intervención con los niños del GI durante tres meses; los del grupo control siguieron con sus actividades normales de clase. En el caso de los padres, se les invitó a contestar los cuestionarios: BRIEF-P y CATELL respectivamente.

En la Post-intervención, tres meses después, se volvió a evaluar a los niños con el CUMANIN. A los padres en esta ocasión, se les pidió que completaran el BRIEF-P.

Diseño y análisis de datos

Se utilizó un diseño, controlado y aleatorizado (cuasi-experimental), un GI y un GC, con medición pretest-postest. De las dos clases del centro, de manera aleatoria, una pasó a

formar parte del GI y otra del GC. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS 22. Se han realizado análisis descriptivos, de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y de frecuencias para las cualitativas. Las diferencias se han analizado utilizando la prueba t (para muestras independientes y variables cuantitativas) y Chi cuadrado (para variables cualitativas), y modelos lineales para medidas repetidas (estadístico Lambda de Wilks) y delta de Cohen (tamaño del efecto del grupo) para analizar el efecto del programa.

Consideraciones éticas

La comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada emitió un informe favorable para llevar a cabo este trabajo (Ley Orgánica 4/2000). Además, antes de iniciar el estudio, se recabaron los permisos pertinentes institucionales. Los padres o tutores legales también firmaron un consentimiento informado.

RESULTADOS

Diferencias entre grupos de padres en variables sociodemográficas y nivel de inteligencia

En la Tabla 1 presentamos las medias, desviaciones típicas y las diferencias (*t* de Student) en edad y años de estudios de las madres y padres, así como para las puntuaciones de las madres en las cuatro pruebas del test de Cattell de inteligencia del grupo experimental y del grupo control. No se encuentran diferencias significativas en ninguna de las variables.

Tabla 1

Media, desviación típica y análisis de las diferencias entre el Grupo Experimental y el Grupo Control en variables sociodemográficas y test de Cattell

VARIABLES	Grupo Experimental ME (DT)	Grupo control ME (DT)	*t*	*p*
Edad madre	35,05 (6,78)	34,22 (5,92)	0,412	0,683
Años estudio madre	10,00 (3,81)	9,04 (4,40)	0,723	0,474
Edad padre	37,50 (1,34)	36,27 (5,63)	0,681	0,500
Años estudio padre	7,88 (3,39)	7,27 (3,39)	0,571	0,571
CATELL PARTE 1	7,38 (2,37)	8,11 (2,61)	-0,862	0,395
CATELL PARTE 2	7,94 (1,86)	8,35 (1,27)	-0,753	0,457
CATELL PARTE 3	6,77 (1,26)	6,11 (1,76)	1,279	0,210
CATELL PARTE 4	1,44 (0,61)	1,23 (0,66)	0,967	0,341

Nota. $*p<.05$.

Diferencias entre GI y GC según momento de evaluación (pre y post intervención)

Se ha utilizado un modelo lineal general de medidas repetidas, 2x(2), con dos niveles para el factor entre-grupos, en función de si los participantes habían seguido o no, el programa (GI y GC) y dos niveles para el factor intra-sujetos, correspondientes a los dos momentos de la evaluación (Momento) (pre y post intervención). En la Tabla 2 se presentan las medias, desviaciones típicas, tamaño del efecto y el resultado de las diferencias entre los grupos, el momento de la evaluación y la interacción en las diferentes variables para los factores recogidos en el CUMANIN. Con respecto a la Psicomotricidad, se encuentran diferencias significativas en la interacción (F=8,928, p=0,005) que indica que los cambios a lo largo del tiempo presentan patrones diferentes para cada grupo. Concretamente, el GI presenta un aumento en dicha variable en la segunda evaluación que no se constata en el GC. Además, podemos destacar un tamaño del efecto moderadamente alto, GI (d=0,88). Para el factor Lenguaje Articulatorio, observamos diferencias en función del momento de evaluación (F=7,425, p=0,010), que indican un aumento en ambos grupos para la segunda evaluación. Nuevamente, el tamaño del efecto es moderadamente alto en el GI (d=0,81). En el Lenguaje Expresivo y en el factor Estructuración Espacial, encontramos diferencias en la interacción (F=1,019, p=0,027), (F=5,028, p=0,031) que indican un aumento en la segunda evaluación en esta variable para el GI. Los valores del tamaño del efecto confirman el cambio presente en el GI (d=0,70). En el factor Visopercepción, observamos diferencias estadísticamente significativas, tanto en función del momento de la evaluación (F=6,584, p=0,014), como en la interacción Momento x Grupo (F=8,947, p=0,005). Señalan un aumento en la segunda evaluación apreciable sólo en el GI, algo que confirma el valor del tamaño del efecto (d=1,33). Por último, encontramos diferencias significativas en el factor Atención, en la variable Momento (F=14,697, p=0,001), que indican un aumento de los valores en la segunda evaluación en ambos grupos. Estos cambios llegan a ser considerables sólo en el GI (d=1,23).

En la Tabla 3, presentamos los valores medios, deviaciones típicas, tamaño del efecto y análisis de las diferencias para los factores del BRIEF-P. Encontramos diferencias para el factor Control Emocional, la interacción (F=4,678, p=0,038). Se observan patrones de cambio inversos en ambos grupos; una disminución en la segunda evaluación para el GI y un ligero aumento para el GC. No obstante los valores del tamaño del efecto son bajos. Por otra parte, encontramos una diferencia para el factor Memoria de Trabajo en la variable Momento (F=5,691, p=0,023) que señalan cambios en la segunda evaluación para el GI que presenta la disminución en los valores de dicha variable (d=0,69).

Tabla 2

Medias, desviaciones típicas, tamaño efecto y análisis de diferencias CUMANIN

VARIABLES		Pre ME (DT)	Post ME (DT)	*Delta de Cohen*		*F*	*p*
CUMANIN PSICOMOTRICIDAD	GI	7,83 (1,46)	9,16 (1,56)	0,88	MOMENTO	0,992	0,326
	GC	8,76 (1,17)	8,09 (1,22)	0,56	GRUPO	0,070	0,793
					MOMENTO-GRUPO	8,928	0,005*
CUMANIN LENG. ARTICULA.	GI	13,27 (2,57)	14,66 (0,84)	0,81	MOMENTO	7,425	0,010*
	GC	13,23 (2,07)	14,14 (1,35)	0,53	GRUPO	0,495	0,486
					MOMENTO-GRUPO	0,331	0,569
CUMANIN LENG. EXPRESIVO	GI	2,88 (0,67)	3,55 (1,33)	0,67	MOMENTO	2,434	0,127
	GC	2,76 (1,33)	2,91 (0,76)	0,14	GRUPO	2,888	0,098
					MOMENTO-GRUPO	1,019	0,027*
CUMANIN LENG. COMPREN	GI	4,61 (2,32)	5,22 (2.55)	0,25	MOMENTO	0,584	0,449
	GC	4,00 (2,00)	4,14 (1.82)	0,07	GRUPO	2,919	0,096
					MOMENTO-GRUPO	0,225	0,638
CUMANIN ESTRUCT. ESPACIAL	GI	7,94 (2,79)	10,33 (3,98)	0,70	MOMENTO	1,341	0,254
	GC	8,66 (2,43)	7,90 (2,94)	0,28	GRUPO	1,529	0,224
					MOMENTO-GRUPO	5,028	0,031*
CUMANIN VISOPERC.	GI	10,16 (2.50)	13,27 (2,16)	1,33	MOMENTO	6,584	0,014*
	GC	10,76 (2.50)	10,52 (2,67)	0,09	GRUPO	3,137	0,085
					MOMENTO-GRUPO	8,947	0,005*
CUMANIN MEMORIA	GI	5,72 (1,44)	6,77 (1,69)	0,67	MOMENTO	1,985	0,167
	GC	60,04 (2,45)	6,19 (1,99)	0,06	GRUPO	0,079	0,780
					MOMENTO-GRUPO	1,151	0,290
CUMANIN RITMO	GI	3,61 (1,64)	3,83 (1,20)	0,15	MOMENTO	0,002	0,965
	GC	3,42 (1,53)	3,23 (1,89)	0,11	GRUPO	1,112	0,299
					MOMENTO-GRUPO	0,331	0,584
CUMANIN ATENCIÓN	GI	8,55 (3,25)	12,72 (3,51)	1,23	MOMENTO	14,697	0,001*
	GC	8,31 (3,83)	10,36 (4,31)	0,50	GRUPO	1,933	0,173
					MOMENTO-GRUPO	1,698	0,201

Nota. *$p<.05$.

Tabla 3

Medias, desviaciones típicas, tamaño del efecto y análisis diferencias BRIEF-P

VARIABLES		Pre ME (DT)	Post ME (DT)	*Delta de Cohen*		*F*	*p*
BRIEF-P INHIBICIÓN	GI	26,00 (5,98)	25,16 (6,09)	0,13	MOMENTO	0,363	0,551
	GC	26,77 (7,08)	26,72 (7,72)	0,00	GRUPO	0,300	0,587
					MOMENTO-GRUPO	0,278	0,601
BRIEF-P CAMBIO	GI	13,44 (3,22)	12,55 (2,33)	0,32	MOMENTO	0,178	0,676
	GC	14,05 (4,06)	14,50 (4,16)	0,10	GRUPO	1,482	0,232
					MOMENTO-GRUPO	1,599	0,215
BRIEF-P CONTROL EMO	GI	16,16 (3.46)	14,77 (3.22)	0,41	MOMENTO	0,087	0,770
	GC	15,44 (4.14)	16,50 (4.54)	-0,24	GRUPO	0,185	0,670
					MOMENTO-GRUPO	4,674	0,038*
BRIEF-P MT	GI	26,33 (4,33)	23,55 (3,64)	0,69	MOMENTO	5,691	0,023*
					GRUPO	0,877	0,356
	GC	26,88 (7,14)	26,16 (6,25)	0,10	MOMENTO-GRUPO	1,963	0,170
BRIEF-P PLANIFICA	GI	14,50 (2,28)	14,05 (2,60)	0,18	MOMENTO	2,800	0,103
	GC	16,50 (3,77)	15,27 (4,29)	0,30	GRUPO	0,610	0,440
					MOMENTO-GRUPO	0,610	0,440

Nota. $*p<.05$.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos constatan la utilidad del programa, encontrando una mejora en las puntuaciones del CUMANIN, así como en el factor Control Emocional y Memoria de Trabajo, evaluados por el BRIEF-P, obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos que señalan una mejor regulación emocional de los niños que han participado en el programa tras completarlo, y una tendencia parecida en la memoria de trabajo. Esto significa que los/as niños/as tienen menos problemas para controlarse emocionalmente, y que además han mejorado en su capacidad para relacionar ideas y priorizar las cosas relevantes para llevar a cabo una actividad de manera exitosa. Es de esperar a corto y largo plazo, estas capacidades les ayudarán a realizar las tareas académicas y a afrontar problemas cotidianos con mayor facilidad.

Existe evidencia científica que apoya diferentes enfoques para mejorar las FF.EE en los primeros años escolares. Entre los programas que destacan se encuentran: el entrenamiento computarizado, ejercicio aeróbico y deporte, artes marciales y práctica Mindfulness, Montessori, entre otros (Diamond & Lee, 2011). El tema fundamental de debate en relación a los programas de intervención, actualmente, se centra en la especificidad del efecto de los programas en áreas específicas como memoria de trabajo, regulación emocional etc., y/o en la generalización del efecto a todas las áreas de entrenamiento. Parece ser que hay evidencia respecto a que los programas que producen generalización y transferencia de efectos son aquellos que se conciben con una orientación global en todas las actividades que realiza el niño a lo largo del día en el colegio, como son los colegios de orientación con el método Montessori (Diamond et al., 2007).

Nuestro programa está basado, como ya se ha planteado en los modelos de Shonkoff (2011) y Diamond y Lee (2011), pero además hemos incorporado un módulo al programa en actividades relacionadas con el Mindfulness (Flook et al., 2010).

Nuestros hallazgos siguen la línea de autores como (Flook et al., 2010) quienes observaron los efectos de un programa de Mindfulness sobre las FF.EE en niños de 7 a 9 años. Entre sus resultados, encontraron una mejora para los niños que pasaron por el programa en cuanto a la regulación del comportamiento, la metacognición, y el control ejecutivo general. Además, el efecto era más evidente en los niños con dificultades en FF.EE. Entre las ventajas de incluir el PEFEN en el aula, se ha de destacar el poder simultanearlo dentro del aula. Además ayudará a medida que los niños/as maduren, mostrando mayor capacidad para hacer frente a situaciones novedosas y adaptarse a los cambios de forma flexible. El programa puede vislumbrar alteraciones tempranas en el desarrollo ejecutivo que puedan ser limitantes, y evitar que se origine una cascada de consecuencias a corto, medio y largo plazo. Así lo apoyan las investigaciones de Diamond y Lee (2011).

Entre las ventajas de incluir este tipo de programas, se ha de destacar el poder simultanearlo dentro del aula, sin interferir en la programación y sin necesidad de incorporar otros profesionales que no sean los propios docentes. Esto supone un ahorro

tanto económico como de tiempo, puesto que cada módulo tiene una duración por día de 30 minutos integrado en las actividades del curriculum del alumno/a en el aula, sin suponer una sobrecarga. Más allá de la aportación de esta investigación, se reconocen algunas limitaciones aparece el número de participantes limitado. Se ha centrado en una población de una región concreta, debemos ser prudentes a la hora de extrapolar nuestros resultados. Es necesario realizar un seguimiento para constatar si se mantienen los efectos. En el trabajo futuro se justifica el uso de tareas neurocognitivas de FF.EE, la observación del comportamiento, y múltiples muestras en otras aulas para replicar y ampliar estos resultados, nuestro trabajo es un proyecto piloto.

En conclusión, el PEFEN ha resultado ser un programa global de intervención de estimulación cognitiva para el desarrollo de las FF.EE muy útil en preescolares. Es uno de los pocos programas de intervención existentes donde, aplicado, mostramos resultados positivos. Estos hallazgos deberían considerarse para desarrollar programas preventivos de intervención de esta edad. Las técnicas de estimulación nos facilitan el camino del desarrollo y el aprendizaje. El beneficio para niños con dificultades será aún mayor, entendemos que será en el seguimiento donde podremos constatar las diferencias más significativas.

REFERENCIAS

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice, 11*(3), 230-241.

Cattell, R. B., & Cattell, A. K. S. (1990). *Test de factor "G" (escala 2 y 3)*. Madrid: TEA.

Cruz-Quintana, F., Pérez García, M., Pérez Marfil, M. N., Pérez García, P., Hidalgo-Ruzzante, N., Pérez-Lobato, R., . . . García-Bermúdez, O. (2015). *Programa de Estimulación para el Desarrollo de la Función Ejecutiva en Niños y Niñas de 4 Años de Edad (PEFEN)*. Ediciones Sider S.C. Depósito Legal: GR 2509□2014

Diamond, A., & Goldman-Rakic, P. S. (1989). Comparision of human infants and rhesusmonkeys on Piaget's AB task: Evidence for dependence on dorsolateral prefrontalcortex. *Experimental Brain Research*, *74*, 24-40.

Diamond, A., Barnett, W. S., Thomas, J., & Munro, S. (2007). The early years – Preschool program improves cognitive control. *Scienc*e, *318*, 1387-1388.

Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions and programs demonstrated to aid executive function development in children 4-12 years of age. *Science*, *333*, 959-964.

Flook, L., Smalley, S. L., Kitil, M. J., Galla, B. M., Kaiser-Groenlandia, S., Locke, J., & Kasari, C. (2010). Efectos de las prácticas de atención consciente sobre las funciones ejecutivas en niños de primaria. *Revista de Psicología Escolar Aplicada*, *26* (1), 70-95.

Gioia, G. A., Isquith, P. K., & Guy S. C. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Kaiser Greenland, S. (2013). *El niño atento. Mindlfulness para ayudar a tu hijo a ser más feliz, amable y compasivo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Portellano, J., Mateos, R., & Martínez, R. (2000). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)*. Madrid: TEA Ediciones.

Rimm-Kaufman, S., & Pianta, R. (2000). An ecological perspective on the transition to kindergarden: A theoretical frame work to guide empirical research. *Journal of Applied Develpmental Psychology*, *21*, 491-511.

Shonkoff, J. P. (2011). Protecting brains, not simply stimulating minds. *Science, 333*, 982-983.

Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). Executive function in typical and atypical development. In U. Goswami (Ed.), *Handbook of childhood cognitive development* (pp. 445-469). Oxford: Blackwell.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Família e surdez: A importância de rede de apoio eficaz para a construção de identidade do surdo e promoção de saúde nas famílias

BRUNA SETIN JANUÁRIO (*)
MIRIA BENINCASA GOMES (*)

No Brasil temos a Lei 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), corrobora a importância da família e da comunidade no desenvolvimento da criança ao garantir, perante o estado civil, o direito desta ao convívio familiar. Em seu artigo 4º, o estatuto afirma que:

> "é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária." (Brasil, 1990)

Em vista deste posto, profissionais, das mais diversas áreas, tem focalizado a família e as comunidades como um objeto de estudo a partir da constatação de que ela desempenha papel fundamental no desenvolvimento, manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros, tendo esses alguma deficiência ou não.

No presente estudo nos atentaremos as famílias de possuem ao menos um indivíduo surdo. Hoje na população brasileira encontram-se 2.325.908 cidadãos surdos, considerando o Censo 2010 (IBGE, 2010), o que significa 5,10% da população brasileira.

Segundo a Cartilha do Censo 2010, embora os direitos humanos sejam assegurados a todos os brasileiros com deficiência, o foco primário das politicas públicas está nas pessoas que apresentam deficiência severa, o que no caso da deficiência auditiva, abrange apenas 1,12% da população (Brasil, 2012).

Quando falamos em surdez, considera-se o conceito trazido na promulgação da Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, Art. 2º:

> "Para os fins deste Decreto, considera-se pessoa surda aquela que, por ter perda auditiva, compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais – Libras." (Brasil, 2002)

(*) Universidade Metodista de São Paulo – UMESP, Brasil.

Diversos autores vem apontado a importância da família e das relações familiares na construção de identidade de uma criança, a fim de se transmitir valores, cultura, ideologias, processos importantes a construção de sua identidade (Capovilla, 2011; Sacks, 1998; Strobel, 2009). Porém, quando falamos de surdez, logo percebesse uma notável dificuldade para essas inter-relações e transmissões de informação, a comunicação, visto que a maioria dos surdos nasce em famílias ouvintes, pois além de congênita a surdez pode ser adquiria, por vários fatores após o nascimento.

Além da dificuldade de comunicação, uma grande barreira ser vencida ainda é a da falta de comunicação que prejudica muito as relações familiares com o individuo surdo. Corroborando esta ideia, Chacon (2011), afirma que um dos principais fatores prejudiciais para essa construção de inter-relações adequadas em famílias com um membro deficiente, é a maneira como a informação sobre a deficiência de um filho chega aos familiares. O autor relata em sua pesquisa que, a maneira de com esta notícia do diagnóstico chega aos familiares pode gerar grande frustração, principalmente dos progenitores. Pois não recebem a tão esperada notícia de que seu filho está bem e saudável, o que pode ampliar muito os comportamentos de rejeição e stress.

Em vista dessas e de outras dificuldades encontradas pelas famílias contemporâneas, em 2006, entra em vigor o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, que coloca a importância das "redes sociais de apoio". Tais redes são definidas como grupos de pessoas, sem laço de parentesco, que podem oferecer uma função social de auxilio à essas famílias, viabilizando a construção de um ambiente acolhedor que propicie o melhor desenvolvimento de seus membros (Brasil, 2006a).

O que acontece, porém é que a maioria das crianças que nascem surdas vem de famílias ouvintes, que por ter pouco conhecimento acerca da forma de se comunicar com essa criança, privam a criança e muitas vezes se privam também de um convívio social (Bittencourt, Françozo, Monteiro, & Francisco, 2011; Negrelli & Marcon, 2006; Sacks, 1998).

Desse modo, ressalta-se a necessidade de redes de apoio social específico, que seja composta de membros da comunidade surda, que agiriam como agentes facilitadores das inter-relações da criança com o mundo, bem como facilitadores no processo de construção de linguagem, simbolização comunicação (Bittencourt, Françozo, Monteiro, & Francisco, 2011; Capovilla, 2011). A partir desses pressupostos, compreende-se a importante tarefa dos profissionais da saúde em promover ações e propostas que visem o cuidado e atenção à essas inter-relações, e não somente aos membros de forma individualizada.Hoje há serviços públicos que visam esse atendimento em nível familiar, um exemplo destes é o Serviço de Reabilitação Física do SUS (Brasil, 2006b), que contam com uma equipe multidisciplinar atuando tanto nos cuidados de reabilitação (fornecimento de prótese e terapias auditivas), quanto na prevenção (acesso a informação) e orientação familiar (individualmente ou em grupo), que ocorrem tanto em hospitais especializados como em UBS a depender da complexidade do serviço a ser prestado.

Nesse sentido, o presente estudo visa compreender e descrever de que forma as redes de apoio tem se manifestado na população brasileira e como tem sido abordadas dentro do meio científico.

MÉTODO

O estudo tratou-se de uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados LILACS, SESSP, IndexPsi, PEPSIC, Scielo, BDENF, Caderno SUS, BBO e Coleciona SUS, todos inclusos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Os descritores de assunto utilizados foram "surdez e família", publicados a partir de 2005, ou seja, últimos 10 anos. Em posse destes resultados, selecionou-se artigos que dissessem sobre as "redes-de-apoio" para famílias que tenham um membro surdo.

RESULTADOS

No total foram encontrados 65 artigos, sendo que 5 estavam em duplicidade e 1 não abordava o tema da surdez, totalizando, 59 artigos estudados. Desses 9 foram escritos no Brasil, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América, que produziu 15 artigos sobre o tema nesses últimos 10 anos.

Tais publicações foram agrupadas em 6 categorias: "cuidado à família", "aquisição de oralidade", "interação familiar", "desempenho cognitivo e escolar", "genética" e "redes de apoio social", conforme o Quadro 1.

Tais categorias foram assim divididas considerando os temas mais frequentes, sendo que 9 artigos se repetem nas categorias dando uma somatória de 74 artigos.

Quadro 1

Categorias e frequência de publicação nos últimos 10 anos

Tema/Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL	%
Cuidado à família	1	2	5	0	2	0	4	0	2	1	17	22,9
Aquisição de oralidade	0	0	2	0	1	0	2	0	0	1	6	8,1
Interação familiar	1	2	2	0	1	1	2	0	0	0	9	12,1
Desempenho cognitivo e escolar	0	1	0	1	1	2	3	1	1	1	11	14,8
Genética	3	2	2	6	3	7	1	0	0	0	24	32,4
Redes de apoio	0	0	2	1	0	1	2	0	0	1	7	9,4
Total	5	7	13	8	8	11	14	1	3	4	74	100

As referências tomadas na categoria "cuidados à família" se referem às maneiras de cuidado propostas ou apontadas como necessidade pelos autores, assim como necessidade de promoção de saúde geral dos membros e por consequência do indivíduo surdo pertencente a essa família.

Em “desempenho cognitivo e escolar”, as referências irão descrever a importância da família como agente facilitador ou detrator na aquisição desses resultados seja esses, oralidade, audição ou sucesso escolar, se referindo à educação formal. Tais temas tratam das inter-relações nas famílias dos surdos, apenas como consequência da melhoria de qualidade de vida dos pais e familiares.

As referências enquadradas em “genéticas”, se atêm a descrever as causas da surdes a partir de uma interpelação de genes dos familiares, pensando na surdez como consequência hereditária. Estas categorias, embora tenham sidos quantitativamente mais significantes, com 32,4% das referências, apresentou uma queda significativa nos últimos anos. O mesmo ocorreu com os demais temas, porém em menor escala, sendo que a categoria “redes de apoio” tenha tido quedas mais significantes.

A respeito dessa categoria, dos seis artigos trazidos apenas dois se detém a descrever a importância das redes sociais de apoio no suporte ao enfrentamento das questões e encontradas pelas famílias ao receber um membro (Bittencourt, Françozo, Monteiro, & Francisco, 2011, Jackson, 2011).

Os outros 4 estudos, se referem em algum momento a importância dessa rede, principalmente se formada por indivíduos que partilham da cultura surda, e seu importante papel protetivo tanto às família como ao indivíduo surdo (Fadda, 2011; Reed, Antia, & Kreimeyer, 2008; Vause, 2010; Wiley & Innis, 2014).

Redes de apoio social

De acordo com o Quadro 1, vemos que 7 artigos foram publicados nos últimos 10 anos com enfoque na importância das redes de apoio social à família de surdos, porém esse valor representa apenas 9,4% das publicações nesse período.

Tal resultado chama atenção principalmente pelas constantes quedas de produções, tendo apenas dois picos em 2011 e 2007.

Nesta categoria, o tema central foi abordado pelos autores com os mais variados enfoques, e muitos permeando por outros subtemas, com vemos a seguir no Quadro 2.

Na referência 1, o tema da interação famílias é abordado com enfoque principalmente nas angustias vividas pelos familiares em explicar ao surdo orientações médicas, seja ao seu próprio cuidado, seja com o cuidado de um familiar e chama atenção para o caso específico, acerca da morte de um ente querido. Aborda também as dificuldades trazidas, na entrevista, pelo surdo em questão, reconhecendo a facilidade comunicacional proporcionada pela ASL (American Single Language).

O artigo pontua com veemência, a importância de se conhecer a comunidade e cultura surda em que individuo está inserido e a importância de se inserir esse conhecimento em seus cuidados, bem como a importância de se favorecer esse convívio assim como reconhece a dificuldade encontrada em obter mais estudos acadêmicos e a necessidade de se aprofundar este próprio estudo.

Quadro 2

Artigos relacionados ao tema "inter-relação familiar"

	Artigo	Área de conhecimento	País	Autor	Ano
1	Can you hear me now? The experience of a deaf family member surrounding the death of loved ones.	Enfermagem	USA	Kehl & Gartner	2010
2	Família e criança surda.	Edu. físico	BRA	Negrelli et al.	2006
3	Academic status of deaf and hard-of-hearing students in public schools: student, home, and service facilitators and detractors.	Psicologia	EUA	Reed, Antia, & Kreimeyer	2008
4	Psychologic impact of deafness on the child and adolescent.	Educação	USA	Mason & Mason	2007
5	Psychological aspects when counseling families who have children with cochlear implants.	Psicologia	ITA	Fadda	2011
6	Surdez, redes sociais e proteção social.	Medicina	BRA et al.	Bittencourt	2011
7	The experiences of Cypriot hearing adults with Deaf parents in family, school, and society.	Educação	CYP	Hadjikakou	2009

Em 2, o tema central da categoria em questão é abordado a partir da importância da família no desenvolvimento do sujeito surdo e no auxílio em integra-lo a uma comunidade significante, a fim de se valorizar as vantagens da convivência na cultura surda para esse desenvolvimento. O texto traz ainda sobre os medos e angústias maternos ao se deparar com uma criança que necessita de cuidados especiais, nesse ponto o autor traz sobre a importância das redes sociais, tanto para a integração do surdo na comunidade surda, como no suporte à família, atuando também como veiculo de informação, visando promover saúde na família e dessa forma auxiliando nas inter-relações estabelecidas por ela.

Na referência 3, os autores trazem as redes de apoio, seja ela a família ou a escola, como variáveis positivas no bom desenvolvimento do adolescente surdo. Da mesma forma uma família pouco colaborativa, principalmente na área acadêmica, pode contribuir como variável detratora desse desenvolvimento de conhecimentos formais.

O artigo 4, traz, dentre outras questões, a necessidade de se desenvolver métodos para conectar-se as redes de apoio com as famílias a fim de fornecer informações adequadas a elas, visando oferecer suporte e recursos para melhorar o desenvolvimento das crianças

surdas pertencentes a essa família, compreendendo que a família é a primeira instituição implicada nesse desenvolvimento

Além do artigo 3, o outro artigo escrito por psicólogos, é o artigo 5, que levanta a questão dos profissionais de saúde implicados nessa rede de apoio à pessoa surda e seus pais, com enfoque para os fonoaudiólogo e psicólogos. Embora desenvolva o enfoque nos resultados encontrados, que mostram a correlação da melhora auditiva trazida pelo implante coclear e a melhora na qualidade relacional dos membros, relata, assim como o texto 1, dificuldades vivenciadas pelos pais frente ao diagnostico de seus filhos e acerca dessas, aponta a necessidade de um olhar diferenciado do psicólogo no acompanhamento desses pais, visando promover saúde e lidar com esses conflitos antes da realização do implante coclear.

No artigo 6, as autoras trazem a mobilização de recursos internos, como a aceitação de um filho diferente do que se esperava na gravidez, aprendizado novos relacionados a deficiência do filho, bem como o aprendizado de uma nova maneira de se comunicar, trazidas em 1, 3 e 4. Como também a mobilização de recursos externos, como, novas organizações de papeis e divisão de tarefas, buscando proporcionar a criança as terapias e acompanhamentos que sejam necessários.

Acerca dessas implicações, o artigo trata da importância da rede de apoio para as famílias, seja ela familiar, auxiliando na divisão de trabalho seja profissional, lidando com questões terapêuticas do desenvolvimento da criança, bem como, questões subjetivas implicadas nessas relações.

Em concordância também com os artigos 1, 3 e 4 o autor de 6 levanta também a necessidade de uma rede de apoio, porém implicando a família nessa rede, como fator de proteção social à vulnerabilidade do surdo.

Por fim o artigo 7 relata não somente a dificuldade de comunicação implicada nas dificuldades relacionais dos membros, como também aborda os facilitadores para essa comunicação eficaz. Acerca desses, o autor traz a Língua de Sinais e o conhecimento da cultura surda como bons aliados nesse relacionamento, bem como a participação dos entes em programas de apoio que visem diminuir os receios e preconceitos da família em relação a surdez.

Traz como importante membro na rede de apoio aos pais os avós da criança surda, de modo a subsidiar dificuldades financeiras e também emocionais. Relata que suprindo essas necessidades às ralações entre os membros se fazem de maneira mais saudável e menos conflituosa.

DISCUSSÃO

De fato, ao chegar um membro surdo numa família ouvinte a estrutura familiar sofre desarranjos, assim como explicitado nos artigos tomados para estudo da categoria “redes de apoio”. Tais estudos vem desenvolvendo essas dificuldades e a importância do suporte

a essas famílias que estão em vulnerabilidade, principalmente pelos desarranjos e frustrações sofridas com a chegada de um membro tão específico.

Segundo as autoras Silva e Dessen (2014), há um distanciamento entre o bebe esperado e o bebe que chega com uma deficiência física, além da necessidade de suporte diferenciado e desconhecido pelos pais.

As autoras ainda entram em acordo com o explicitado pelos artigos 2 e 6, que trazem em seus estudos a importância da maneira como é dado o diagnóstico da surdez de um filho e a necessidade de redes de apoio a essa família, a fim de que possam se reorganizar em torno dessa criança que demandará atenção especial da família.

Como observado na literatura, essas redes são essenciais para a construção subjetiva do surdo, essa rede tem por função promover melhor adaptação da família ao ambiente com a criança surda e ampliar as comunicação e qualidade nas relações entre os membros da família (Capovilla, 2011; Sacks, 1998).

Ressalta-se a ausência dos profissionais de psicologia não apenas em produzir sobre o tema, como mostrado na Tabela 2 contendo apenas dois trabalhos como primeira autoria de psicólogos, mas também na ausência de desses profissionais em se dedicar a compreender mais profundamente e explicitar para o leitor as questões psicológicas do surdo e suas famílias.

Dentre os sete artigos, destacam-se como tema mais recorrentes a dificuldade de comunicação, sendo 1, 2, e 7 apontam a Língua de Sinais para a resolução deste problema, já o artigo 6 apontam o implante coclear como único auxiliador nessa comunicação.

Ao falarmos em comunicação, ressaltamos o trabalho de Capovilla, que em sua obra, em conjunto com outros autores, ressalta a importância da Libras como uma importante ferramenta para o indivíduo. Segundo o autor, tal ferramenta extrapola a comunicação preconizada pela oralisação e audição proporcionada pelo Implante Coclear, pois permite ao surdo fazer conexões simbólicas entre o já apreendido desde o nascimento e o que virá de aprendizado a partir da língua ensinada.

Strobel (2009), em concordância com o autor apresentado, relata sobre a importância da Libras no auxílio, não apenas da comunicação com seus familiares e ouvintes que os cercam, como também no desenvolvimento de linguagem.

A autora enfatiza ainda que, o aprendizado de uma língua viso-espacial favorece a organização e estruturação de pensamento, auxiliando na aquisição da língua portuguesa, sendo mais fácil a aprendizagem de uma língua que não possui significado em seus signos, a partir de conhecimentos de signos pré-existentes, ou seja, oriundos de percepções primárias (Strobel, 2009).

Tais informações proporcionam o surgimento de uma maneira natural de se comunicar, própria de si desde o nascimento, sua língua materna, expressa por sinais e gestos, que segundo as questões apresentadas acima pela autora, produzem mais sentido do que a comunicação por vias orais (Strobel, 2009).

Além desses já apontados, outros pontos foram ressaltados a partir dos trabalhos elencados, como a importância e eficácia da intervenção e estimulação precoce da linguagem pelos pais trazida por dois trabalhos, 3 e 9.

A cerca dessa subjetividade, Benincasa (2011), traz em sua pesquisa a importância de se considerar que, as interações traçadas pelos familiares e membros com deficiência, permeiam aspectos subjetivos dos pais, que se deparam com um filho que se difere do bebê imaginado e o desenvolvimento deste está atrelado à maneira que é desejado por seus pais.

Compreende-se assim, a importância de uma flexibilização das práticas assistências para o contexto de cada família que está criança está inserida, preconizando um atendimento precoce, promotor de saúde, tanto á criança, quanto aos familiares.

A partir dos trabalhos encontrados na revisão da literatura da área da Saúde, nota-se a percepção dos pesquisadores acerca da importância de intervenções psicológicas nesse campo, seja visando tanto o bem estar e adaptação do surdo, quanto da família de um modo geral.

Embora seja clara a importância do convívio com a comunidade surda para a formação subjetiva da pessoa surda, há poucos estudos que se dedicam a compreensão dos fenômenos psicológicos presentes nessas relações, bem como nas relações entre o surdo e sua família ouvinte. Em sua maioria se detém a avaliar causas da surdez ou intervenções para alcançar melhoras na comunicação ou ganhos na aquisição de conhecimento formal.

Em suma, boa parte dos artigos omite a importância da comunicação visual, preconizando o atendimento oralista, que embora favoreça a comunicação e assim, proporciona ganhos quanto a qualidade dos relacionamentos familiares, como visto nos artigos estudados, não abarcam a totalidade do individuo surdo como disposto na Lei nº 10.436 (Brasil, 2002).

Em contrapartida, pode-se observar, a partir das referências estudas, boas produções e trabalhos realizados visando proporcionar suporte social e refletindo acerca da importância das redes de apoio social para essas famílias que se encontram em vulnerabilidade.

Compreende-se assim, a importância de ampliar o conhecimento acerca do sujeito surdo e a maneira com que a família lida com as dificuldades e belezas trazidas a partir desse convívio. Bem como a necessidade de se propor novas maneiras de se trabalhar essas inter-relações visando ampliar as possibilidades de promoção de saúde nessa população e melhorar as possibilidades de inclusão e aceitação do surdo na própria família e na sociedade.

REFERÊNCIAS

Benincasa, M. C. (2011). *Educação Especial e Educação Infantil: Uma análise de serviços especializados no município de Porto Alegre* [Dissertação de Mestrado. Universidade

Federal do Rio Grande do Sul]. Recuperado de http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2010/Educacao_Especial/Trabalho/07_24_19_educacao_especial_e_educacao_infantil_analise_dos_servicos_de_apoio_especializados_no_municipio_porto_alegre.pdf

Bittencourt, Z. Z. L. C., Françozo, M. F. C., Monteiro, C. R., & Francisco, D. D. (2011). Surdez, redes sociais e proteção social. *Rev. Ciência & Saúde Coletiv*a (Vol. 16, 1ª ed., pp. 769-776). Recuperado de http:www.scielo.com.br

Brasil. (1990). Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da criança e do adolescente*. Diário Oficial da União 16 jul 1990, p. 13563:4. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

Brasil. (2002). Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Que dispõe sobre a *Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS*. Diário Oficial da União 23 dez 2005, 25-2. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm

Brasil. (2006a). *Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária*. Recuperado de http://www.conselhodacrianca.al.gov.br/sala-de-imprensa/publicacoes/PNCFC%20_%2028_12_06%20_%20Documento%20Oficial%20_2_.pdf/view

Brasil. (2006b). *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). *Cartilha do Censo 2010 – Pessoa com Deficiência*. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) / Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH-PR/SNPD.

Capovilla, F. C. (2011). Sobre a falácia de tratar as crianças ouvintes como se fossem surdas, e as surdas, como se fossem ouvintes ou deficientes auditivas: Pelo reconhecimento do status linguístico especial da população escolar surda. In N. R. L. Sá (Org.), *Surdos: Qual escola?* (pp. 77-100) [Versão digital]. Recuperado dehttp://media.wix.com/ugd//6e9be8_e57c4cdf53e8bcafc0eb3af18ae9b0d9.pdf

Chacon, M. C. M. (2011). Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. *Revista Brasileira de Educação Especial, 17*(3), 441-458. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- 65382011000300007&lng=en&nrm=iss

Fadda, S. (2011). Psychological aspects when counseling families who have children with cochlear implants. *J Matern Fetal Neonatal Me*, out., *24*(1), 104-106. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource

IBGE. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Recuperado de http://www.censo2010.ibge.gov.br

Jackson, C. W. (2011). Family supports and resources for parents of children who are deaf or hard of hearing. *Am Ann Deaf*, *156*(4), 343-362. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-22256537

Negrelli, M. E. D., & Marcon, S. S. (2006). Família e criança surda. *Rev. Ciência, Cuidado e Saúde, 5*(1), 98-107. Recuperado de http:www.scielo.com.br

Reed, S., Antia, S. D., & Kreimeyer, K. H. (2008). Academic status of deaf and hard-of-hearing students in public schools: Student, home, and service facilitators and detractors. *J Deaf Stud Deaf Educ., 13*(4), 485-502. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource

Sacks, O. (1998). Vendo vozes: Uma viagem ao mundo dos surdos (M. Teixeira, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.

Strobel, K. (2009). As imagens do outro sobre a cultura surda. *Rev. de Educação da UFSC, 2*. Florianópolis: UFSC.

Silva, S. C., & Dessen, M. A. (2014). Relações familiares na perspectiva de pais, irmãos e crianças com deficiência. *Rev. Brasileira de Educação Especial*, jul., *20*(3), 421-434. Recuperado de www.scielo.com.br

Vause, A. (2010). A journey into the Deaf community. *Nurs N Z.*, abr., *16*, 18-19. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource

Wiley, S., & Innis, H. (2014). Supporting families of children who are deaf or hard of hearing with an autism spectrum disorder. *Semin Speech Lang*, Nov., *35*(4), 260-5. Recuperado de http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Perfeccionismo e distress psicológico na adaptação do jovem adulto

CARLA OLIVEIRA (*)
ANABELA PEREIRA (*)
PAULA VAGOS (*)
INÊS DIREITO (**)

No contexto do Ensino Superior as investigações têm indicado que os níveis de saúde mental nos estudantes universitários são inferiores aos da população geral (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001). Vários estudos sugerem que tal se pode dever à adaptação do estudante ao novo contexto académico e às características competitivas deste sistema de ensino que pode potenciar o perfeccionismo (Figueira & Pinto, 2005).

Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990) consideram que o conceito de perfeccionismo foi sempre um pouco ambíguo, no entanto, houve sempre um aspecto comum que se refere a "estabelecer padrões pessoais extremamente elevados no desempenho". Consideram ainda, que este se caracteriza por uma tendência para uma auto-avaliação demasiado crítica. Hewitt e Flett (1991) propuseram uma visão multidimensional do perfeccionismo, que inclui três dimensões: perfeccionismo auto-orientado (PAO); perfeccionismo orientado para os outros (POO); e o perfeccionismo socialmente prescrito (PSP). Este último é o que parece estar mais significativamente correlacionada com uma grande variedade de problemas psicológicos (Hewitt & Flett, 1991). O perfeccionismo parece estar associado a uma grande variedade de perturbações mentais (Hamilton & Schweitzer, 2000). Vários estudos, com uma amostra de estudantes universitários, indicam que elevados níveis de perfeccionismo parecem estar associados a elevados níveis de sintomatologia depressiva (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). No que diz respeito à Depressão, vários estudos apontam para a prevalência de sintomatologia depressiva nos estudantes universitários (Adlaf et al., 2001) inclusive no contexto do ensino superior português (Campos & Gonçalves, 2004; Santos, Veiga e Pereira, 2012). O *distress* psicológico pode ser definido como "um estado único emocional e de desconforto, experienciado por um indivíduo, em resposta a um stressor ou exigência específica, que pode resultar em dano, temporário ou permanente, no indivíduo" (Ridner, 2004, p. 539). Também neste caso, a literatura científica aponta para uma preocupante prevalência de *distress* psicológico entre estudantes universitários (Adlaf et al., 2001).

(*) Universidade de Aveiro, Portugal.
(**) Kingston University, UK.

Relativamente aos Programas de Prevenção associados às diferentes Perturbações Mentais, no Ensino Superior, as intervenções baseadas em tecnologias podem ser bastante relevantes para os estudantes universitários, pois são de fácil acesso, são eficientes em termos de custo para populações numerosas e são também consideradas menos estigmatizantes do que as mais tradicionais (Farrer et al., 2013). Day, McGrath e Wojtowicz (2013) sugerem que o acesso de programas de auto-ajuda, baseados na internet podem ajudar a reduzir o *distress* psicológico. Estes programas de computador revelaram-se uma ajuda no âmbito de vários problemas psicológicos, inclusive Ansiedade e Depressão (Andersson, 2009) e perfeccionismo (Arpin-Cribbie, Irvine & Ritvo, 2012; Radhu, Daskalkis, Arpin-Cribie, Irvine, & Ritvo, 2012).

O presente estudo tem como objectivos, caracterizar as variáveis sociodemográficas dos estudantes universitários e dimensões de Perfeccionismo, Depressão e *Distress* Psicológico e verificar a relação entre as variáveis; identificar os níveis de *Distress* Psicológico em estudantes universitários e, por fim, contribuir com dados que apoiem a importância dos programas de prevenção no ensino superior, particularmente programas relativos a Ansiedade e Depressão, inclusive a pertinência da sua aplicação através da internet.

MÉTODO

Participantes

A amostra é constituída por 254 participantes, sendo que 200 (79%) dos participantes são do sexo feminino, e 54 (21%) do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 18 e os 56 anos de idade (M=24,83; DP=6,7). No que diz respeito ao estado civil, 218 (89%) dos participantes são solteiros, 22 (9%) participantes são casados, 9 (4%) participantes consideram estar numa união de facto. Quanto ao nível de ensino, 150 (59%) participantes frequentam a licenciatura, especificamente, 31 (21%) frequentam o primeiro ano, 40 (27%) frequentam o segundo ano, e por último 79 (53%) frequentam o terceiro ano de licenciatura. 88 (35%) participantes frequentam o mestrado. Por fim 16 (6%) participantes encontram-se a realizar o doutoramento.

Materiais

Escala Multidimensional do Perfeccionismo (EMP; Hewitt & Flett, 1991; versão portuguesa de Soares, Gomes, Macedo, Santos & Azevedo, 2003). Esta escala de 45 itens tem como objectivo medir as três dimensões do perfeccionismo postuladas por Hewitt e Flett (1991), que se referem ao perfeccionismo auto-orientado; perfeccionismo orientado para os outros e o perfeccionismo socialmente prescrito. A escala apresenta um coeficiente de alfa de Cronbach de 0,89, o que indica uma boa consistência interna (Soares et al., 2003). No presente estudo o alfa de Cronbach foi de 0,90.

Questionário sobre a saúde do paciente – 9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; versão portuguesa de Torres, Pereira, & Monteiro, 2011). O PHQ-9 é um questionário de auto-registo da PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) com o intuito de estabelecer o diagnóstico da Depressão e inclui 9 itens. Um último item isolado foi adicionado à escala e é um indicador global da incapacidade de funcionamento. A pontuação total da escala varia entre 0-27, sendo que valores que representam a severidade dos sintomas são entre 0-5 (ausência de indicadores); 6-9 (leve); 10-14 (moderada); 15-19 (moderada severa) e >20 (severa). Valores totais superiores ou iguais a 10 podem indicar a presença de sintomatologia depressiva. O coeficiente alfa de Cronbach encontrado neste estudo foi de 0,83.

Escala de Distress Psicológico de Kessler – K10 (Kessler et al., 2003; versão experimental de Pereira, 2014). A Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10) tem como objectivo avaliar o distress psicológico, através de questões sobre sintomatologia ansiosa e depressiva, no último mês. A escala é constituída por 10 itens. A sua interpretação baseia-se numa escala de valores, nomeadamente, 0-19 (sem Distress); 20-24 (Distress Leve); 25-29 (Distress Moderado); 30-50 (Distress Severo). A brevidade, a precisão e as fortes propriedades psicométricas, tornam a K10 um instrumento indicado em questionários de saúde para a população geral (Kessler et al., 2003). O coeficiente alfa de Cronbach obtido neste estudo foi de 0,92. Adicionalmente também foram aplicados mais dois questionários, um de caracterização sociodemográfica, e o último que pretendia explorar a opinião dos estudantes sobre programas de prevenção no ensino superior, inclusive programas baseados na internet.

Procedimento

Os questionários foram aplicados através do servidor de disponibilização de questionários online da Universidade de Aveiro, criando um *link* de acesso aos mesmos, o qual foi enviado, tal como um pedido de solicitação de divulgação dos questionários, a várias instituições privadas e públicas e ainda politécnicos do país. Seguiu também com o *link* o consentimento informado. O estudo também foi divulgado na rede social do *Facebook.* A divulgação dos questionários foi feita durante o mês de Maio e Junho do ano de 2014.

RESULTADOS

Caracterização das variáveis Perfeccionismo, Depressão e Distress Psicológico

A análise das médias obtidas dos três questionários permite concluir que, em geral, os estudantes não apresentam níveis elevados de Perfeccionismo, Depressão ou *Distress* Psicológico. Em comparação com o ponto de referência do estudo de Soares e colegas (2003) para a EMP (M=185,7), a média obtida na amostra do presente estudo (M=157,6) é relativamente inferior. No que diz respeito ao PHQ9, a média obtida (M=5,9) encontra-se

exactamente no limiar do que se pode considerar uma depressão leve. A maioria dos estudantes (56,3%) encontra-se no nível de ausência de indicadores, o que sugere que 43,7% pode apresentar sintomatologia depressiva leve a severa e 21% pode apresentar sintomatologia depressiva moderada a severa. Quanto ao perfeccionismo, a percentagem obtida foi de 9,4% de estudantes muito perfeccionistas. Relativamente ao EMP foram igualmente calculadas as médias para as três dimensões que a constituem, e apenas a média da dimensão PSP (*M*=45,1) é a que se encontra mais próxima do seu valor de referência (*M*=49,1). Foi também realizada uma análise das médias obtidas tendo em conta o nível de ensino dos estudantes, e verificou-se que apenas as médias obtidas no PHQ-9 foram pertinentes na indicação de uma possível leve perturbação de humor nos estudantes do 1º ano de licenciatura (*M*=6,1), mestrado (*M*=6,2) e doutoramento *(M*=7,0). No primeiro ano de licenciatura observou-se também os valores mais elevados de distress psicológico *(M*=20,0). As diferenças observadas não se verificaram estatisticamente significativas.

Quanto ao Distress Psicológico avaliado pelo K10, os resultados demonstram que a maioria dos estudantes (62,2%) obteve uma pontuação inferior a 20, o que pode indicar ausência de *distress*. Como dados de comparação foram considerados os dados obtidos no estudo de Stallman & Schochet (2009). No presente estudo, 38,9% dos estudantes apresentam uma pontuação elevada no K10, isto é, com média superior a 20. Comparando os diferentes estudos, é possível observar que no estudo de Stallman e Shochet (2009) os estudantes com *distress* leve são 24,4%, ao invés, no presente estudo apenas 15,4% encontra-se com *distress* leve, sendo que 23,5% encontra-se com *distress* moderado a severo e 11,6% com *distress* severo. No estudo de comparação, 8,9% dos estudantes apresentam *distress* severo. É relevante considerar que os dados de comparação são provenientes de uma população de estudantes australianos, e por isso, realça-se a necessidade de algum cuidado na comparação destes resultados.

Caracterização no âmbito da Perturbação Mental e Acompanhamento Psicológico

Para fazer esta análise foram seleccionados os participantes que responderam sim e não à questão *"sofre ou alguma vez sofreu de uma perturbação mental?"* (*n*=33), e foram aplicadas estatísticas descritivas. No caso desta amostra específica as médias obtidas para o PHQ-9 (sim *M*=7,8; não *M*=5,6) e K10 (sim *M*=20,9; não *M*=18,3) são superiores à amostra que referiu não sofrer nem nunca ter sofrido de uma perturbação mental. No caso do PHQ-9 os valores indicam, na amostra com perturbação, uma possível depressão leve. No EMP as médias obtidas são muito semelhantes (sim *M*=157,9; não *M*=157,5). Através da aplicação de um teste t-student, no que diz respeito à comparação de médias, verificou-se que os estudantes com perturbação apresentam níveis significativamente mais elevados no PHQ9 (t=-2,461; *p*=0,015) e níveis elevados ligeiramente significativos no K10 (t=-1,945; *p*=0,053).

No que diz respeito aos estudantes com acompanhamento psicológico (n=25) (do Grupo com Perturbação), no EMP obtiveram uma média superior (sim *M*=160,7; não *M*=149,3). O mesmo acontece com o PHQ-9 (sim *M*=9,0; não *M*=4,3) onde a média obtida indica que

estes estudantes se encontram no limiar de uma depressão moderada. No K10 as médias também são superiores (sim *M*=21,2; não *M*=19,7). Relativamente à comparação destas médias entre estudantes com e sem acompanhamento, apenas nas médias do PHQ9 revelaram-se diferenças estatísticas ligeiramente significativas (t=-2,019; *p*=0,52).

Relação entre as variáveis Perfeccionismo, Depressão e Distress Psicológico

Quadro 1

Correlações entre as variáveis do Perfeccionismo, Depressão e Distress Psicológico

	EMP	K10	PHQ9	PAO	POO	PSP
EMP	-	0,395(**)	0,270(**)			
K10		-	0,756(**)	0,243(**)	0,127(*)	0,475(**)
PHQ9			-			0,394(**)
PAO				-		
POO					-	
PSP						-

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

Através do Quadro 1 é possível observar correlações positivas e estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo. Particularmente a correlação significativa média entre o perfeccionismo (EMP) e o distress psicológico (K10) *r*(254)=0,395 *p*>0,01, e uma correlação significativa baixa entre o perfeccionismo e a Depressão (PHQ-9) *r*(254)=0,270 *p*>0,270. E ainda correlações positivas significativas entre o distress psicológico e todos os factores do perfeccionismo, nomeadamente o PAO *r*(254)=0,243 *p*>0,01, o PSP *r*(254)=0,475 *p*>0,01 e o POO com uma correlação significativa fraca *r*(254)=0,127 *p*>0,05. E ainda uma correlação significativa entre o distress psicológico (K10) e a depressão (PHQ9) *r*(254)=0,756 *p*>0,01. E por fim, uma correlação significativa entre o PHQ9 e a dimensão do perfeccionismo PSP *r*(254)=0,394 *p*>0,01.

Opinião dos Estudantes sobre Pogramas de Prevenção nas Universidades

Os resultados deste questionário indicam que a grande maioria dos estudantes (quase 100%) considera pertinente a existência de programas de prevenção para a Ansiedade e Depressão nas Universidades. Principalmente a totalidade dos estudantes do 1º ano de licenciatura. No entanto, pouco mais de metade (52%) considera pertinentes programas para outras perturbações mentais. De seguida quase 70% dos estudantes referiu que usufruiria dos programas de Ansiedade, no entanto, menos de metade recorreria a programas para a Depressão (35%) e para a Perturbação Mental (22%). O formato que a maioria dos estudantes (62%) considerou como mais indicado para a aplicação do programa de prevenção através da internet foi através de um *Website*.

DISCUSSÃO

Os resultados, em geral, indicam que há um grupo de estudantes universitários que denotam estar em maior risco de sofrimento emocional significativo, nomeadamente, os alunos do 1º ano de licenciatura, e os estudantes do Grupo Perturbação Mental e Acompanhamento Psicológico. Estes resultados podem reforçar a importância dos serviços psicológicos nas instituições do Ensino Superior. Este estudo também sugere que níveis mais elevados de perfeccionismo podem estar associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de *distress* psicológico. A literatura científica apoia estes dados, sugerindo esta relação entre o perfeccionismo e as perturbações emocionais (Hamilton & Schweitzer, 2000; Hewitt & Flett, 1991; Macedo, 2012).

Neste sentido, considera-se de extrema importância a prevenção nestes contextos para a comunidade académica em geral, mas também para estes grupos de estudantes que se encontram em maior risco de sofrimento emocional grave. No âmbito dos programas de prevenção os resultados indicam que a grande maioria dos estudantes pareceu reconhecer a importância destes programas. Os resultados também parecem apontar para uma possível preferência dos estudantes por programas através da internet, sendo assim, sugere-se que esta via de aplicação poderá ser uma ferramenta de apoio bastante promissora e eficiente para os estudantes universitários. O presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, o facto de a Escala do Distress Psicológico de Kessler (K10) não estar validada para a população portuguesa, sendo que este estudo é de natureza exploratória. Outra limitação prende-se com os programas de prevenção, sendo que é difícil passar a noção dos mesmos através das questões colocadas. Como investigação futura sugere-se estudos em que se analisem a eficácia dos programas de prevenção via internet no sistema de ensino português nas mais variadas condições psicopatológicas e em estudantes com diferentes características.

REFERÊNCIAS

Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50*, 67-72.

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 175-180.

Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, *22*(2), 194-207.

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, & V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquílibrios Edições.

Day, V., McGrath, P., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(7), 344-51.

Farrer, L., Gulliver, A., Chan, J. K., Batterham, P. J., Reynolds, J., Calear, A., & Griffiths, K. M. (2013). Technology-Based Interventions for Mental Health in Tertiary Students: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, *15*(5). doi: 10.2196/jmir.2639

Figueira, C., & Pinto, A. (2005). Stress e coping nos estudantes do ensino superior. Ansiedade e processos cognitivos. In.A. Pereira & E. Motta (Eds.), *Acção Social e Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior: Investigação e Intervenção o Actas do Congresso Nacional* (pp. 351-355). Coimbra: Serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra.

Frost, O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449-468.

Hamilton, T. K., & Schweitzer, R. D. (2000). The cost of being perfect: Perfectionism and suicide ideation in university students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(5), 829-835.

Hewitt, P., & Flett, G. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(3), 456-470.

Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., . . . Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*(2), 184-189.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal General Internal Medicine*, *16*(6), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Macedo, A. F. (2012). *Ser ou não ser Perfeito? Perfeccionismo e Psicopatologia*. Lisboa: Lidel.

Radhu, N., Daskalakis, Z. J., Arpin-Cribie, C. A., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Evaluating a web-based cognitive-behavioral therapy for maladaptive perfectionism in university students. *Journal of American College Health*, *60,* 357-366.

Ridner, S. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 45*(5), 536-545.

Santos, L., Veiga, F., & Pereira, A. (2012). A sintomatologia depressiva e perceção do rendimento académico no estudante do ensino superior. In L. Mata, F. Peixoto, J. Morgado, J. Silva, & V. Monteiro (Eds.), *Actas do 12º Colóquio de Psicologia e Educação – Educação Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática* (pp. 1656-1666). Lisboa: ISPA

Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., Santos, V., Azevedo, M. H. P. (2003). Escala Multidimensional de Perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *5*(1), 46-55.

Stallman, H. M., & Shochet, I. M. (2009) Prevalence of mental health problems in Australian university health services. *Australian Psychologist, 44*(2), 122-127.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Proteger a fertilidade – Impacto de um programa educacional online

CATARINA OLIVEIRA (*)
RITA LOPES (*)
MARIA CRISTINA CANAVARRO (**)
MARIANA MOURA RAMOS (**)

Muitas pessoas em idade reprodutiva possuem pouco conhecimento sobre fertilidade (Bunting, Tsibulsky, & Boivin, 2013; Gungor, Rathfisch, Beiji, Yarar, & Karamanoglu, 2013). Tal pode impedir as mesmas de se comportarem de forma otimizada em relação à sua saúde reprodutiva, podendo contribuir para o aparecimento de problemas de fertilidade (Bunting & Boivin, 2008; Daniluk & Koert, 2013). Assim, é importante aumentar o conhecimento sobre esta temática (Daniluk & Koert, 2013; Gungoret et al., 2013).

Embora alguns factores que afetam a fertilidade não sejam modificáveis, outros dizem respeito ao estilo de vida, podendo ser alterados (Sharma, Biedenharn, Fedor, & Agarwal, 2013) para reduzir o risco de problemas de fertilidade. Os fatores de estilo de vida negativos incluem relações sexuais desprotegidas, peso anormal, tabagismo, consumo de álcool e, particularmente para o género masculino, exposição a radiações (Bunting & Boivin, 2008; Homan, Davies, & Norman, 2007; Kumar, Kumari, & Murarka,2009). Os estudos têm documentado um aumento do número de fatores de estilo de vida negativos em pessoas em idade reprodutiva (Bunting & Boivin, 2010), sendo que o efeito combinado de vários fatores reduz progressivamente a fertilidade (Hassan & Killick, 2004). Até à data, pouca investigação tem incidido sobre o papel da educação na promoçãode hábitos de estilo de vida saudáveis para proteger a fertilidade. Alguns estudos apontam para um aumento do nível de conhecimento sobre fertilidade após proceder a psicoeducação (Williamson, Lawson, Downe, & Pierson, 2014; Wojcieszek & Thompson, 2013). A investigação aponta ainda para a existência de uma relação positiva entre conhecimento sobre fertilidade e intenções de proceder a mudanças de estilo de vida (Fulford, Bunting, Tsibulsky, & Boivin, 2013). Assim, é essencial investigar em que medida osprogramas educacionais sobrefertilidade são eficazes no aumento do conhecimento sobre fertilidade e qual o seu papel na alteração de fatores de estilo de vida negativos. Especificamente, os principais objetivos do estudo foram: (1) examinar a eficácia de um programa educacional *online* no aumento do conhecimento sobre fertilidade, utilizando duas abordagens diferentes (vídeo

(*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

(**) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra / Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Universidade de Coimbra, Portugal.

*vs.*texto); e (2) compreender o efeito do programa educacional *online*naintenção de mudar factores de estilo de vida negativos.

MÉTODO

Participantes

O estudo é prospetivo e quasi-experimental, tendo três momentos de avaliação. A amostra foi recrutada usando métodos de conveniência. Os participantes tinham entre 18 e 40 anos, não tinham filhos e não existiam elementos a tentar engravidar. A amostra final incluiu 230 participantes (masculino=50, feminino=180). A média de idade da amostra foi de 27,14 anos (*DP*=4,94). A amostra possuía uma média de 15,48 anos de escolaridade (*DP*=1,89). A maioria dos participantes diz-se de nível socioeconómico médio (*n*=189, 82,2%), de religião católica (*n*=164, 71,3%) e referem estar atualmente num relacionamento (*n*=164, 71,3%). Apenas 1,3% da amostra tinha certeza de que não queria ter filhos. Em contraste, 70,0% da amostra tinha certeza de que queria ter filhos, sendo que a maioria dos participantes queria ter 2 filhos (*n*=120, 52,2%).

O grupo A incluiu 99 participantes, o grupo B incluiu 84 participantes e o grupo C (grupo de controlo) incluiu 47 participantes.

Os participantes foram distribuídos aleatoriamente por três grupos após responder ao primeiro momento (M1). Os grupos A e B receberam o programa educacional *online*, sobre o impacto de fatores de estilo de vida negativos, incluindo o efeito do tabagismo, peso anormal, relações sexuais desprotegidas, consumo de álcool e, especificamente para os homens, exposição a radiações. O Grupo A recebeu a informação através de vídeo e o B em formato de texto. O grupo C formou o grupo controlo. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação do Conselho Científico da FPCEUC.

Material

As variáveis demográficas analisadas foram: idade, sexo, nível de escolaridade, nível socioeconómico, religião e estado civil. Os participantes tiveram de mencionar se estavam num relacionamento e se pretendiam ter filhos no futuro. O conhecimento sobre infertilidade e saúde reprodutiva foi avaliado através de 14 itens (*verdadeiro/falso*). A presença de fatores de estilo de vida negativos foi avaliada usando itens dicotómicos (*0=Não, 1=Sim*) para cada fator. Especificamente para os fatores consumo de álcool e tabagismo, os participantes tinham de indicar quantos cigarros fumavam por dia e quantas bebidas consumiam por semana. O peso era classificado como um fator de estilo de vida negativo de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo contabilizados os valores de IMC<19 e IMC>26. Os participantes identificaram ainda a regularidade com que

utilizavam preservativo: nunca; às vezes; sempre. As intenções de alterar fatores de estilo de vida negativos foram avaliadaspor questões de escolha múltipla, sendo cada uma específica para cada fator. Os participantes possuíam as seguintes opções de resposta: (a) reduzi o fator de estilo de vida negativo; (b) tive a intenção de reduzir ou eliminá-lo; (c) não quero mudá-lo; ou (d) não se aplica (no caso do participante não apresentar aquele fator de estilo de vida negativo específico). Mudanças efetivas e intenções de mudança foram codificadas comum ponto, tendo sido calculado um *score* total para todos os fatores. Para calcular a variável intenção de mudar, a soma das mudanças e intenções de mudar foi dividida pela soma de fatores de estilo de vida negativos.

Procedimentos

Em M1 o questionário continha dados demográficos e uma escala que avaliou o conhecimento sobre fertilidade e saúde reprodutiva e a presença de fatores de estilo de vida negativos. Os participantes forneceram os seus endereços de *email* para continuar a participação no estudo. Uma semana após responder a M1, cada participante era convidado por *email* a participar na segunda avaliação (M2). Esta incluía apenas o questionário que avaliou o conhecimento sobre fertilidade e saúde reprodutiva. Em M3, que ocorreu um mês após M1, o protocolo de avaliação incluiu o questionário de conhecimento sobre fertilidade e saúde reprodutiva e um questionário sobre as intenções de mudança de fatores de estilo de vida negativos. Os dados foram recolhidos de fevereiro a maio de 2015.

Para tratamento estatístico dos dados foi utilizado o *software* PSS, versão 20. Utilizando o *software* GPower (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) foi possível verificar que para uma Análise da Variância para medidas repetidas (ANOVA), que examine diferenças entre os grupos nos três momentos, com um poder de 0,80 e com nível de significância de 0,05, são necessários 30 ou mais participantes em cada grupo para detetar pequenos efeitos (f=0,10).Uma ANOVA foi realizada para analisar eventuais diferenças no conhecimento entre grupos em M1. Para testar diferenças entre M1, M2 e M3, foi utilizado o General Linear Model (GLM) para medidas repetidas, com o tempo (M1, M2 e M3) como fator within-subject e o grupo (A, B e C) como fator between-subject. O teste de Bonferroni foi utilizado para identificar diferenças entre os grupos. Foi ainda testado um modelo de mediação (modelo 4) utilizando o *software* PROCESS (Hayes, 2013). Os valores de $p \leq 0{,}05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre os grupos em M1 [$F_{(2,227)}$=1,05, p=0,35], antes de receber o programa educacional *online*.Houve um efeito significativo de interação para o Tempo x Grupo [$F_{(2,227)}$=17,20, p<0,001]. De M1 para M2

e M3, verificou-se um aumento do conhecimento em M2 e M3, tendo aumentado para os Grupos A e B, mas não para o grupo C.O teste de Bonferroni mostrou que o conhecimento nos grupos A e B é significativamente mais elevado do que no grupo C (p<0,001 para ambas as comparações). Entre os grupos A e B não se verificaram diferenças significativas (p=0,63).

Da amostra, apenas três participantes relataram não ter quaisquer fatores de estilo de vida negativos. Estes foram excluídos das seguintes análises (n=227). A maioria dos participantes que relataram fatores de estilo de vida negativos tinham intenções de mudar pelo menos um fator de risco (n=186, 81,94%) e já tinham iniciado, pelo menos, uma mudança de estilo de vida (n=111, 48,90%), um mês após terem recebido o programa educacional *online*. Foi testado um modelo de mediação para examinar se as mudanças no conhecimento sobre fertilidade após a intervenção explicavam a associação entre o programa educacional *online* e as mudanças/intenções de alterar fatores de estilo de vida negativos. Os resultados indicaram que o efeito indireto é significativo e explica 17% das intenções de mudança (point estimate=0,07, 95% BCa CI [0,03, 0,13]).

DISCUSSÃO

Este estudo investigou o efeito de um programa educacional *online*sobre as mudanças e intenções de mudança de fatores de estilo de vida negativos. Os resultados demonstraram aumentos significativos no conhecimento uma semana (M2) e um mês (M3) após a receção de informação, para os grupos A e B, mas não para o grupo de controlo (C). Este resultado é consistente com outros (Daniluk & Koert, 2015; Williamson et al., 2014) e sugere que tal intervenção pode ser útil na promoção de conhecimento relativo à fertilidade e à saúde reprodutiva. Embora o conhecimento sobre fertilidade do grupo de controlo tenha aumentado (de forma não significativa), este grupo não recebeu qualquer informação sobre este tema. Este resultado pode ser devido a um aumento no interesse em obter informação sobre fertilidade por parte dos participantes do estudo, dado que de acordo com Quach e Librach (2008) proteger fertilidade é importante a para a maioria dos jovens.

Os resultados também revelaram não existirem diferenças significativas quando às duas abordagens de intervenção (vídeo *vs*. texto). Este resultado contrasta com os obtidos por Healton e Messeri (1993), que concluíram que o formato vídeo produz um impacto significativo maior no conhecimento do que outras abordagens educacionais. No entanto, este resultado está em linha com os de Breimer, Cotler e Yoder (2012), que referem que o formato vídeo e o formato texto produzem resultados semelhantes. Tais resultados podem estar relacionadoscom o nível de escolaridade da amostra, que rondou os 15 anos. Em amostras menos instruídas ou mais heterogéneas, pode ser importante usar diferentes formatos para o fornecimento de informações. Estudos futuros devem esclarecer a eficácia destes formatos.

A maioria da amostra relatou apresentar pelo menos um fator de risco. Tal não ocorreu em outros estudos, que encontraram uma prevalência de fatores de estilo de vida negativos que variaram entre 14,6 e 51,8% (Fulford et al., 2013; Gungor et al., 2013). Não obstante, tais estudos incluíam apenas três ou quatro fatores de estilo de vida negativos, que podem ter diminuído a prevalência de fatores de estilo de vida negativos relatados pelos participantes.

Um mês depois de os participantes receberem o programa educacional *online*, cerca de metade (48,90%) tinha efetuado pelo menos uma mudança ea maioria tinha intenções de efetuar pelo menos uma mudança de estilo de vida (81,94%). Estes resultados estão em linha com os encontrados por Fulford et al. (2013), que indicam que um elevado conhecimento sobre fertilidade está relacionado comum aumento na intenção de proceder a mudanças em fatores de estilo de vida negativos.

O estudo contribui para comprovar a eficácia de programas educacionais *online*, que são de fácil acesso e possuem um custo reduzido.Estes programas podem constituir uma forma eficaz para aumentar o conhecimento sobre fertilidade e, portanto, otimizar a saúde reprodutiva. Também é importante notar que este estudo incluiu homens e mulheres. A maioria dos estudos possui amostras compostas apenas por mulheres (e.g., Bretherick et al., 2010; Lundsberg et al., 2014). Os problemas de fertilidade são comuns entre homens (Macaluso et al., 2010), sendo fulcral avaliar o seu conhecimento sobre fertilidadee as intenções de mudança de fatores de estilo de vida negativos. Ademais, esta amostra incluiu participantes de uma ampla faixa etária. Vários estudos possuem amostras formadas apenas por estudantes universitários (e.g., Bunting & Boivin, 2008; Gungor et al., 2013). Não obstante, os projetos de parentalidade podem surgir depois da cessação de estudos, sendo essencial incluir indivíduos em idade reprodutiva de diversas faixas etárias.

A generalização dos resultados poder ser limitada, dado queautilização de métodos de recrutamento *online* está ligada a participantes de níveis educacionais (Haagen et al., 2003) e socioeconómicos (Weissman et al., 2000) mais elevados, que por sua vez possuem maior acesso a informações e cuidados de saúde. A amostra final também não está igualmente distribuída pelos três grupos, apesar da distribuição aleatória efetuada em M1. Além disso, a baixa taxa de resposta dos homens (n=50) limita a generalização de conclusões sobre este género (a literatura indica que os homens são muito menos propensos a participar em estudos; Gosling, Vazire, Srivastava, & John, 2004). O programa educacional *online* aumentou o conhecimento dos participantes sobre fertilidade, mas Daniluk e Koert (2015) relataram que seis meses após a participação num programa educacional, o conhecimento dos participantes regride para níveis de pré-intervenção, pelo que é necessário desenvolver estudos com follow-up para melhor avaliar a eficácia deste tipo de intervenção. O follow-up é ainda importante para avaliar o tempo necessário para as pessoas efetuarem mudanças sobre fatores de estilo de vida negativos. Por fim, dada a inexistência de instrumentos estandardizados que avaliem as variáveis em estudo, foram desenvolvidos questionários para este estudo, que podem comprometer a capacidade de comparar os resultados obtidos neste estudo com outros.

Em conclusão, muitas pessoas têm pouca informação sobre a fertilidade e não se comportam de forma aprotegê-la. Além disso, este estudo enfatizou a importância e a eficácia de um programa educacional *online* no aumento do conhecimento sobre fertilidade e na promoção de mudanças sobre fatores de estilo de vida negativos, que podem afetar a fertilidade futura. Dado que a maioria das pessoas vêem a paternidade como um importante objetivo de vida, é fulcral que as políticas de saúde incluam programas educacionais sobre fertilidade, por forma a capacitar os indivíduos para uma tomada de decisão informada, satisfatória e planeada, de acordo com o seu projeto de paternidade futuro.

REFERÊNCIAS

Breimer, E., Cotler, J., & Yoder, R. (2012). Video vs. text for lab instruction and concept learning. *Journal of Computing Sciences in Colleges, 27*, 42-48.

Bretherick, K. L., Fairbrother, N., Avila, L. B., Harbord, S. H. A., & Robinson, W. P. (2010). Fertility and aging: Do reproductive-aged Canadian women know what they need to know? *Fertility and Sterility, 93,* 2162-2168. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.064

Bunting, L., & Boivin, J. (2008). Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Human Reproduction, 23*, 1858-1864. doi: 10.1093/humrep/den168

Bunting, L., Tsibulsky, I., & Boivin, J. (2013). Fertility knowledge and beliefs about fertility treatment: Findings from the international fertility decision-making study. *Human Reproduction, 28*, 385-397. doi: 10.1093/humrep/des402

Daniluk, J. C., & Koert, E. (2013). The other side of the fertility coin: A comparison of childless men's and woman's knowledge of fertility and assisted reproductive technology. *Fertility and Sterility, 99*, 839-846. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.10.033

Daniluk, J. C., & Koert, E. (2015). Fertility awareness online: The efficacy of a fertility education website in increasing knowledge and changing fertility beliefs. *Human Reproduction, 30*, 353-363. doi: 10.1093/humrep/deu328

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioural, and biomedical sciences. *Behaviour Research Methods, 39*, 175-191. doi: 10.3758/BF03193146

Gosling, S. D., Vazire, S., Srivastava, S., & John, O. P. (2004). Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *American Psychologist, 59*, 93-104. doi: 10.1037/0003-066X.59.2.93

Gungor, I., Rathfisch, GA., Beji, N. K., Yarar, M., & Karamanoglu, F. (2013). Risk-taking behaviours and beliefs about fertility in university students. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 3418-3427. doi: 10.1111/jocn.12097

Haagen, E. C., Tuil, W., Hendriks, J., de Brujin, R. P., Braat, D. D., & Kremer, J. A. (2003). Current internet use and preferences of IVF and ICSI patients. *Human Reproduction, 18,* 2073-2078. doi: 10.1093/humrep/deg423

Hassan, M., & Killick, S. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility, 81*, 384-392. doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.027

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford Press.

Healton, C. G., & Messeri, P. (1993). The Effect of Video Interventions on Improving Knowledge and Treatment Compliance in the Sexually Transmitted Disease Clinic Setting: Lesson for HIV Health Education. *Journal of the American Sexually Transmitted Diseases Association, 20*, 70-76.

Homan, G. F., Davies, M., & Norman, R. (2007). The impact of lifestyle factors on reproductive performance in the general population and those undergoing infertility treatment: A review. *Human Reproduction, 13*, 209-223. doi: 10.1093/humupd/dml056

Kumar, S., Kumari, A., & Murarka, S. (2009). Lifestyle factors in deteriorating male reproductive health. *Indian Journal of Experimental Biology, 47*, 615-624.

Lundsberg, L. S., Pal, L., Gariepy, A. M., Xu, X., Chu, M. C., & Illuzzi, J. L. (2014). Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: A population-based survey among reproductive-age united states women. *Fertility and Sterility, 101,* 767-777. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.006.

Macaluso, M., Wright-Schnapp, T. J., Chandra, A., Johnson, R., Satterwhite, C. L., Pulver, A., . . . Pollack, L. A. (2010). A public health focus on infertility prevention, detection and management. *Fertility and Sterility, 93*, 16.e1-16.e10. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.09.046

Quach, S., & Librach, C. (2008). Infertility knowledge and attitudes in urban high school students. Fertility and Sterility, 90, 2009-2106. doi: 10.1016/j.fertstert.2007.10.024

Sharma, R., Biedenharn, K. R., Fedor, J. M., & Agarwal, A. (2013). Lifestyle factors and reproductive health: Taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology, 11*, 1-15. doi: 10.1186/1477-7827-11-66

Weissman, A., Gotlieb, L., Ward, S., Greenblatt, E., & Casper, R. F. (2000). Use of the internet by infertile couples. *Fertility and Sterility, 73*, 773-778. doi: 10.1016/S0015-0282(00)00515-X

Wojcieszek, A. M., & Thompson, R. (2013). Conceiving of change: A brief intervention increases young adults' knowledge of fertility and the effectiveness of in vitro fertilization. *Fertility and Sterility, 100*, 523-529. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.03.050

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Questões conceituais sobre apego ao lugar: revisão sistemática da literatura

CECILIA CÔRTES CARVALHO (*)
MARIA HELENA PEREIRA FRANCO (*)

A pós-modernidade é identificada como um período em que a evolução dos meios de comunicação e dos meios de transporte, bem como a reestruturação e a sofisticação dos locais de moradia marcaram a trajetória da vida humana na atividade de ocupar e de pertencer a diferentes ambientes. Este é um tempo em que a mobilidade intercultural acentua-se pelo mundo e os espaços físicos, tanto públicos como particulares, aparecem compartilhados, cada vez mais, por uma diversidade de povos.

A era do "Pós-Humano" marca uma realidade baseada por verdades e significados singulares (Franco, 2009, p. 38). Os lugares ocupados por seres humanos têm significados únicos e representativos das diferentes vinculações formadas no local, sobretudo para aqueles que o habitam e o fazem como seus lares. Por meio da apropriação do espaço físico, são construídas as relações da pessoa com o ambiente integral, o qual pode estar ocupado por outros seres vivos, além das características biofísicas e socioculturais que marcam a estética e a natureza (entendida como o conjunto das propriedades de um ser organizado) do lugar.

Quem se vincula a um lugar é uma pessoa que, por suas vivências familiares e sociais, desenvolveu a capacidade de se ligar a algo extrínseco a ela – como alguém, um animal, uma profissão – ou às estruturas físicas construídas e/ou naturais – como a casa, o quintal, a vegetação/paisagem do lugar. Outros tipos de vinculações também se direcionam às situações vivenciadas que envolvem a família, os amigos, os vizinhos, os colegas da escola/universidade. Enfim, a história de vida das pessoas é marcada pelo "estar em lugares", ambientes individuais e/ou coletivos, simbólicos ou imaginados, existentes no passado, no presente ou em um projeto futuro, em um tempo que se refere à relação do sujeito com o mundo externo.

O apego ao lugar é processo de cunho biopsicossocial compreendido pela perspectiva da construção de significados. Está associado não exclusivamente à propriedade física/estética ou social do ambiente, mas ao significado formado para a ligação da pessoa com este. As vinculações com os lugares podem representar uma relação de moradia, de hospedagem ou de passagem, por tempo breve ou prolongado, em determinado local, que é percebido pelo indivíduo como componente de sua trajetória de vida e do qual guarda significativas memórias.

Desde as fases iniciais da vida, os relacionamentos da pessoa com ambientes seguros – que lhe fornecem o cuidado necessário à sua sobrevivência e possibilidades para seu

(*) Pontifícia Universidade de São Paulo (PUC-SP), Brasil.

progresso – são vistos como experiências que operam no desenvolvimento de suas habilidades/capacidades de responder a episódios que simbolizam rupturas e transformações de suas relações no decorrer do seu ciclo vital.

Neste contexto, este artigo tem como objetivo central compreender os significados atribuídos ao conceito de apego ao lugar pela literatura científica atual e quais outros conceitos permeiam as vinculações das pessoas com ambientes, sejam estes de moradia, de trabalho ou de estudo, dentre outras características.

A relevância desta revisão sistemática de literatura está em possibilitar a profissionais de diferentes áreas, como as de Saúde, Humanidades, Tecnologias, Exatas, dentre outras, uma sustentação teórica de conceitos que representam os múltiplos elos da pessoa com o ambiente. O tema de apego ao lugar está presente na atuação de muitos profissionais que têm o ser humano como foco do seu trabalho, com um cuidado humanizado e culturalmente sensível.

MÉTODO

Esta pesquisa qualitativa foi realizada por meio de revisão sistemática de literatura, a qual proporciona abundantes interpretações e significações de um conceito em análise científica. Desta forma, tal método é fundamental para se iniciar um estudo, principalmente quando se trata de um *stricto sensu*, pois permite ao pesquisador conhecer mais de um entorno que circunscreve determinado fenômeno, antes de construir uma dissertação ou tese que abordem tal tema.

A base de dados eletrônica utilizada foi a Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional Nível Superior (CAPES), com os descritores em inglês *attachment theory*, *attachment to place* e *housing*. Inicialmente, apareceram 85 textos; o mais antigo é de 1979 e o mais recente, de 2015.

Para busca mais sistematizada, adicionou-se à pesquisa o critério de inclusão "artigos de 2008 a 2015"; apareceram 56. Foram selecionados os tópicos na busca *community*, *attachment theory*, *housing* e *place attachment*, além de inseridos outros critérios, texto completo publicado e publicações em língua inglesa; 20 artigos foram encontrados e tiveram seus resumos lidos. Então, 14 destes foram selecionados, para serem refletidos à base da teoria do apego de John Bowlby.

Estes 14 artigos estão descritos no Quadro 1, conforme títulos, autores, periódicos e anos de publicação.

RESULTADOS

O conceito de apego ao lugar é majoritariamente discutido pela psicologia ambiental, pela sociologia e pela geografia humana. No periódico *The Journal of Environmental Psychology* foi encontrado o maior número de textos completos publicados. Isto mostra o quanto este tema, mesmo com sua relevância para a compreensão da subjetividade humana, ainda é pouco publicado em outras áreas da psicologia, sobretudo da psicologia clínica.

Quadro 1
Caracterização dos artigos selecionados para revisão sistemática e discussão da literatura

Títulos	Autores	Periódicos	Anos de publicação
Home is where the heart is: The effect of place of residence on place attachment and community participation	Charis E. Anton, Carmen Lawrence	*Journal of Environmental Psychology*	2014
Spatial discounting, place attachment, and environmental concern: Toward an ambit-based theory of sense of place	Asim Zia, Bryan G. Norton, Sara S. Metcal, Paul D. Hirsch, Bruce M. Hannon	*Journal of Environmental Psychology*	2014
Trajectories of middle-class belonging: The dynamics of place attachment and classed identities	Michaela Benson	*Studies Urban*	2014
Sense of community in Taiwan and its relationships with the residential environment	Heng Zhang, Shih-Hsien Lin	*Procedia – Social and Behavioral Sciences*	2012
Do agents negotiate for the best (or worst) interest of principals? Secure, anxious and avoidant principal-agent attachment	Sujin Lee, Leigh Thompson	*Journal of Experimental Social Psychology*	2011
Place attachment: How far have we come in the last 40 years?	Maria Lewicka	*Journal of Environmental Psychology*	2011
Defining place attachment: A tripartite organizing framework	Leila Scannell, Robert Gifford	*Journal of Environmental Psychology*	2010
What makes neighborhood different from home and city? Effects of place scale on place attachment	Maria Lewicka	*Journal of Environmental Psychology*	2010
Place attachment, identification and environment perception: An empirical study	Chiara Rollero, Norma De Piccoli	*Journal of Environmental Psychology*	2010
The measurement of place attachment: Personal, community, and environmental connections	Christopher M. Raymond, Gregory Brown, Delene Weber	*Journal of Environmental Psychology*	2010
The relations between natural and civic place attachment and pro-environmental behavior	Leila Scannell, Robert Gifford	*Journal of Environmental Psychology*	2010
Towards a developmental theory of place attachment	Paul Morgan, Kenny Chow	*Journal of Environmental Psychology*	2010
Place attachment and place identity: First-year under-graduates making the transition from home to university	Mick Healey	*Journal of Environmental Psychology*	2008
Processes of place identification and residential satisfaction	Ghozlane Fleury-Bahi, Marie-Line Félonneau, Dorothée Marchand	*Environment and Behavior*	2008

Fonte: Elaboração das autoras, 2015.

Sua definição básica refere-se à vinculação do indivíduo com seus ambientes significativos, naturais ou os construídos pelo homem, individuais ou coletivos, simbólicos e imaginados, e que se mostram presentes na construção da realidade de cada um.

O conceito de apego ao lugar é multidimensional (Chow & Healey, 2008; Raymond, Brown, & Weber, 2010; Scannell & Gifford, 2010a,b), dinâmico e sistêmico; concomitantemente duradouro e flexível (Morgan, 2010). "O homem moderno possui uma capacidade extraordinária para modificar seu meio ambiente e ajustá-lo às suas próprias conveniências" (Bowlby, 1984, p. 650). Mesmo que o esperado seja a maior estabilidade na relação da pessoa com o ambiente, nem sempre este vínculo é positivo ou motivador.

O significado atribuído à conceituação de apego ao lugar incorpora aspectos físicos, sociais, afetivos, cognitivos, comportamentais e espirituais procedentes da vinculação entre a pessoa e o ambiente. O apego ao lugar implica análise mais complexa do lugar, o qual pode ou não funcionar como base segura – conceito desenvolvido por Bowlby (1989) – para seu morador.

O apego ao lugar associado ao vínculo emocional da pessoa com sua residência foi tema pesquisado por Lewicka (2010, 2011). Espaços da moradia, como os quartos, a sala de jantar, o quintal ou o espaço externo de lazer e entretenimento, a vizinhança, o bairro, a cidade, a região do país, o estado – enfim, microssistemas ou macrossistemas que representam a morada, são compreendidos como ambientes onde as pessoas formam vínculos, subsumindo-se este processo ao conceito de apego ao lugar.

Numa perspectiva ambiental, alguns componentes físicos do ambiente envolvem-se na construção do vínculo do indivíduo com o lugar: estética harmônica e agradável; ordem e civilidade; localidade e tamanho da construção; características arquitetônicas da cidade; tipo de comunidade, fechada ou aberta, do lugar e se esta comunidade é tradicional ou um novo tipo de configuração de habitação urbana (Lewicka, 2011).

Para Raymond et al. (2010), os vínculos de lugar têm muitas funções. As mais comuns são as de sobrevivência, de segurança, de suporte para realização de metas e de incentivo à utilização de novos ambientes. Scannell e Gifford (2010a) defenderam que a função de lugar inclui as motivações, as necessidades básicas e a autorregulação, além dos princípios que norteiam o comportamento humano em determinado local.

Os fenômenos mais conhecidos que representam os vínculos construídos entre a pessoa e seus ambientes significativos são: globalização, mobilidade para estudo ou trabalho, migração, desastres e crises, relocações ou reconstruções de moradias, dentre outros acontecimentos que se referem a rompimento de vínculo com algum ambiente. O conceito de apego ao lugar é também utilizado em discussões, planejamentos e ações que motivam o uso de espaços públicos abandonados, para discutir, planejar e encorajar a utilização destes locais pela população, como praças e parques, dentre outros (Chow & Healey, 2008; Fleury-Bahi, Félonneau, & Marchand, 2008; Lewicka, 2011; Scannell & Gifford, 2010 b).

Na literatura pesquisada, o conceito de apego ao lugar apareceu associado a outros temas debatidos ora como integrados e complementares, ora como diferentes e desagrupados em relação ao de apego ao lugar: (a) significado de lugar; (b) identidade de lugar; (c)

dependência de lugar; (d) satisfação com o lugar; (e) tempo de residência; (f) territorialidade; (g) pertencimento; (h) enraizamento; (i) familiaridade; (j) sentido da casa. Através de leitura e compreensão destes temas fundamentais, que integram a construção do vínculo da pessoa com o lugar, esta pesquisa, consoantemente com Morgan (2010), aborda o lugar por meio de uma integração de conceitos e afirma, assim, que não há uma teoria sistemática de lugar. A seguir, a descrição destes conceitos:

(a) *Significado de lugar*: inclui laços passados, sentimentos interiorizados e um desejo de manter-se no lugar (Scannell & Gifford, 2010a,b).

(b) *Identidade de lugar*: refere-se à maneira como os lugares fazem parte da própria identidade da pessoa (Chow & Healey, 2008).

(c) *Dependência de lugar*: diz respeito ao direcionamento e ao funcionamento de metas no ambiente; mostra o grau em que o ambiente tem condições para suportar seu pretendido uso, satisfazendo-se às necessidades e às expectativas da pessoa (Fleury-Bahi et al., 2008).

(d) *Satisfação com o lugar*: predispõe a identificação e refere-se a como o ambiente estimula a criatividade e promove oportunidades para as pessoas se desenvolverem e crescerem em seus papeis e funções, tanto individual como coletivamente (Fleury-Bahi et al., 2008).

(e) *Tempo de residência*: atua no processo de identificação; ao longo do tempo, tornam-se mais bem estruturadas e desenvolvidas questões como as representações, as atitudes, os sistemas de valores e os comportamentos, que se conectam às vinculações do indivíduo com determinados ambientes (Fleury-Bahi et al., 2008).

(f) *Territorialidade*: baseia-se na propriedade, no controle do espaço e na regularização de autoacesso; comportamentos territoriais incluem a marcação, a personalização, a agressão e a defesa territorial (Scannell & Gifford, 2010 b).

(g) *Pertencimento*: refere-se à filiação a um grupo de pessoas, bem como a um acoplamento emocional fundamentado em histórias, interesses ou preocupações compartilhadas (Chow & Healey, 2008; Raymond et al., 2010).

(h) *Enraizamento*: diz respeito a um vínculo muito forte com a casa (Chow & Healey, 2008).

(i) *Familiaridade*: caracteriza-se por memórias prazerosas, imagens ambientais associadas com o lugar e apego à vizinhança, com conexão emocional para o ambiente imediato (Chow & Healey, 2008).

(j) *Sentido da casa*: transcendem-se as características materiais do espaço doméstico, meio onde as pessoas produzem significados situados geograficamente e socialmente, imbuídas de sentimentos profundos e de investimentos emocionais e de expectativas (Chow & Healey, 2008).

DISCUSSÃO

Desde as fases iniciais de sua vida, a pessoa tem capacidade criativa e maleável de construir vínculos com outras pessoas, com animais, com espaços físicos, com a natureza, com objetos e cargos/funções, dentre outros aspectos, o que sinaliza a propensão do ser humano a estar em grupo. O "estar vinculado a" torna-se uma característica que potencializa o indivíduo a enfrentar dificuldades e a se ajustar a diferentes meios/situações decorrentes em sua trajetória de vida.

Pesquisar os conceitos de apego ao lugar e outros a este vinculados amplia as possibilidades de compreensão dos processos relacionais humanos, inclusive da maneira como as pessoas escolhem, apropriam-se, modificam e compartilham espaços e, sobretudo, como se percebem nesta relação com o lugar.

Por meio desta pesquisa, identificou-se a carência de estudos científicos, em saúde, humanidades, tecnologias e ciências exatas, dentre outras áreas de conhecimento, que deem maior visibilidade aos vínculos construídos pela pessoa com os diferentes ambientes que vivenciam experiências importantes e que dão diferentes sentidos ao seu curso de vida.

Afinal, não é por acaso que a pessoa escolhe estar em um ambiente. Este se integra à vida dela; contudo, é uma vinculação que pode ser rompida, ora com mais forte impactação e mais dificuldades, ora com mais moderação e consetimento. Algumas ligações são mais memorizadas que outras, pois narram um tempo, uma história e outras relações.

REFERÊNCIAS

Bowlby, J. (1984). *Separação, angústia e raiva*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Chow, K., & Healey, M. (2008). Place attachment and place identity. First-year undergraduates making: The transition from home to University. *Journal of Environmental Psychology*, *28,* 362-372. doi: 10.1016/j.jenvp.2008.02.011

Fleury-Bahi, G., Félonneau, M.-L., & Marchand, D. (2008). Processes of place identification and residential satisfaction. *Environment and Behavio*r, *20* [paginação irregular]. doi: 10.1177/0013916507307461.

Franco, M. H. P. (2009). Ética e bioética: Uma visão transdisciplinar. In Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia. *Transdisciplinaridade em oncologia: Caminhos para um atendimento integrado* (pp. 39-52) São Paulo, SP: HR Gráfica e Editora.

Lewicka, M. (2010). What makes neighborhood different from home and city? Effects of place scale on place attachment. *Journal of Environmental Psychology, 30*, 35-51. doi: 10.1016/j.jenvp.2009.05.004

Lewicka, M. (2011). Place attachment: How far have we come in the last 40 years? *Journal of Environmental Psychology*, *31*, 207-230. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.10.001

Morgan, P. (2010). Towards a developmental theory of place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, *30*, 11-22. doi: 10.1016/j.jenvp.2009.07.001

Raymond, C. M., Brown, G., & Weber, D. (2010). The measurement of place attachment: Personal, community and environmental connections. *Journal of Environmental Psychology*, *30*, 422-434. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.08.002

Scannell, L., & Gifford, R. (2010a). Defining place attachment: A tripartite organizing framework. *Journal of Environmental Psychology*, *30*, 1-10. doi: 10.1016/j.jenvp. 2009.09.006

Scannell, L., & Gifford, R. (2010b). The relations between natural and civic place attachment and pro-environmental behavior. *Journal of Environmental Psychology*, *30*, 289-297. doi: 10.1016/j.jenvp.2010.01.010

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Adoção homoparental: Estudo sobre representações sociais de graduandos de direito e psicologia

CÉLIA APARECIDA FERREIRA CARTA WINTER (*)
BIANCA MORETTI VIEIRA PALMIERI (*)

A família é uma estrutura que se mantém unida pela afetividade. Nela convivem sujeitos emocionalmente implicados com a rede de relações e de sentimentos que se estabelecem. A adoção homoparental apresenta-se como um fenômeno complexo ligado as mudanças na estrutura da família. Tais mudanças não se tratam de uma crise na instituição familiar, como salientam Araújo, Oliveira, Sousa e Castanha (2007), mas sim do reflexo das mudanças sociais. Há uma escassez de trabalhos sobre a família homoparental e percebe-se a presença de preconceito e discriminação em diversos contextos sociais, em especial no que diz respeito às questões homossexuais e de gênero e de como isso influenciaria no desenvolvimento das crianças. Pretende-se neste estudo realizar uma reconstrução histórica da família e da teia de relações sociais que influenciam sua progressiva diferenciação ao longo do tempo, assim como reconstruir a história da adoção. Compreende-se que as novas formas da família contemporânea e adoção homoparental, este como uma derivação lógica do primeiro, representam um trabalho emergente e um desafio para o campo do Direito e da Psicologia tendo em vista as implicações de uma adoção homoparental na função da família (perspectiva legal e psíquica).

Tendo origem na França, o termo homoparentalidade é utilizado para nomear as relações de parentalidade exercidas por homens e mulheres homoafetivas (Zambrano, 2006). No Brasil, apesar dos avanços acerca das discussões sobre essa temática, faz-se necessário um investimento maior no campo da Psicologia e Direito. Infelizmente o preconceito, e a limitada quantidade de pesquisas com essas famílias, faz com que parte da sociedade, incluindo profissionais da Psicologia, apresente duvidas e receios quanto a dinâmica familiar e aos prejuízos acarretados às crianças.

No campo jurídico, os homoafetivos encontram dificuldades ligadas aos processos de adoção e ao reconhecimento da sua família no campo legal (Silva, 2008). Existe uma crença generalizada de que essa configuração familiar poderia ser prejudicial ao desenvolvimento psicossociológico "normal" das crianças. As fantasias e medos que cercam a parentalidade homoafetiva abordam os danos que poderiam incidir sobre as crianças criadas sob a égide da indiferenciação sexual. Questiona-se se a ausência de modelo do gênero masculino e feminino pode influenciar na própria identidade sexual da

(*) Pontifícia Universidade Católica do Paraná , Curitiba, Brasil.

criança. Essa é uma grande confusão entre sexualidade e função parental, como se a orientação sexual dos pais fosse determinante na orientação dos filhos (Castro, 2008). A psicanálise aponta que a constituição subjetiva de uma criança deve-se a inscrição de um Desejo, enquanto disponibilidade psíquica, que possa garantir a filiação.

Outra preocupação que surge para o não reconhecimento da família homoafetiva é a apreensão quanto à possibilidade de o filho ser alvo de repúdio no meio em que frequenta ou de ser vítima de agressões por parte da sociedade. Entretanto conforme relata Maria Berenice Dias, desembargadora do Tribunal de Justiça do RS, essas preocupações são afastadas por quem se debruça no estudo dessas famílias. As evidências apresentadas pelas pesquisas não permitem constatar quaisquer efeitos danosos ao desenvolvimento ou à estabilidade emocional decorrentes do convívio com pais do mesmo sexo (Castro, 2008).

Ao abordar a temática da adoção, não podemos esquecer que são as crianças e os adolescentes, assim como os adotantes, os maiores interessados durante o processo de adoção e do estabelecimento do vínculo parental. Colocando a pessoa a ser adotada como principal preocupação durante o processo, cabe incluir o Princípio V da Declaração Universal dos Direitos das Crianças – UNICEF, o qual prevê que toda criança tem direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade.

Apontando como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito a dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), a Constituição Federal de 1988 exalta a igualdade de todos perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. Também na CF/88, no Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso, o art. 227, estabelece: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

MÉTODO

Participantes

O número de amostra foi de 203 indivíduos, sendo 90 alunos do curso de Direito e 113 do curso de Psicologia, todos matriculados regularmente no sétimo período da PUCPR. Dos 203 alunos, 49 se declararam do sexo Masculino e 154 do sexo Feminino. A idade média dos participantes foi de 22 anos, variando de 20 a 58 anos.

Material

Foi aplicado um questionário único, preenchido presencialmente pelos alunos durante os turnos da Manhã e Noite dos cursos de Direito e Psicologia, na presença do

entrevistador. O questionário continha 16 afirmações, nas quais os participantes deveriam assinalar o seu grau de concordância em relação à adoção homoparental, na qual 1 indicaria a discordância total e 5 a concordância total) e 1 questão aberta, opcional, na qual o participante poderia escrever a sua opinião a respeito da legalização da adoção homoparental. As perguntas foram elaboradas com base em hipóteses de crenças generalizadas a cerca do assunto

Após a realização do questionário, as respostas das questões fechadas foram transcritas para uma tabela e por sua vez, para melhor visualização, foram transpostas em gráficos, para a análise quantitativa dos dados. As respostas da questão aberta tiveram sua principal ideia extraída em frases, citadas com aspas e foram separadas em eixos, determinados pelas autoras, compatíveis com a literatura.

1. Família é constituída por um homem e uma mulher.
2. E melhor que a criança permaneça para adoção do que ser adotada por um casal homoparental.
3. Um casal homoparental não tem condições de oferecer o que uma criança precisa para se desenvolver.
4. Uma criança adotada por um casal homoparental poderá ter problemas psíquicos no futuro por não ter referencial de família.
5. A orientação sexual dos pais não interfere no amor e atenção que a criança recebera.
6. Uma criança adotada por um casal homoparental tem mais chance de ser homossexual quando crescer por conta do seu referencial em casa.
7. Um casal homossexual pode ensinar e amar a criança de tal forma que ela não se sinta desrespeitada.
8. Uma criança adotada por homossexuais sofrera muito preconceito.
9. Uma criança adotada por um casal homoparental aprendera que existem diversas formas de amor e que família é quem cuida.
10. Uma criança adotada por um casal homoparental terá o mesmo desenvolvimento que uma criança adotada por um casal heterossexual.
11. Um casal homoparental que decide optar pela adoção tem plena condição de criar um filho.
12. Um jovem fruto dessa adoção questionara a orientação sexual de seus adotantes e provavelmente se tornara um jovem rebelde.
13. Um casal homoparental emocionalmente estável tem mais condições de cuidar de um filho do que um casal heterossexual emocionalmente desequilibrado.
14. Em uma família, seus valores e ensinamentos são mais importantes do que a orientação sexual de seus componentes.
15. Em um ambiente em que a vontade da criança é respeitada, a criança quando adulta poderá escolher sua orientação sexual.
16. Duas mulheres têm mais condições de cuidar de uma criança do que dois homens.

Figura 1. Perguntas contidas no questionário aplicado com os alunos dos cursos de Direito e Psicologia da PUCPR

Procedimento

Para realizar esse projeto, com a devida cautela e seriedade que o assunto necessita, foram elaborados termos como o *TCUD* (Termo de Compromisso de Utilização de Dados) e o *TCLE* (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) que garantem a confidencialidade sobre os dados coletados e esclarece os objetivos e método da pesquisa, bem como os benefícios e riscos da participação da mesma. Foi elaborado também um modelo de *Autorização da Instituição*, que autoriza a realização do estudo proposto, a ser conduzido pelos pesquisadores envolvidos.

RESULTADOS

Resultados quantitativos

Após a análise quantitativa das 16 perguntas, foram selecionadas as perguntas que apresentaram as maiores porcentagens, para se analisar com alguns filtros de identificação. A pergunta 2 obteve 74.9% de discordância, o que mostra que tanto no curso de Direito como no curso de Psicologia é preferível que a criança seja adotada por um casal homoafetivo e receba um lar, do que permanecer para a doação. No curso de Direito 62 pessoas discordaram totalmente, enquanto no de Psicologia a discordância total foi de 90 pessoas. Esse alto índice poderia indicar uma preocupação social com o cenário atual da adoção no Brasil, no qual muitas crianças permanecem sem pais.

Outra questão que apresentou um alto índice de respostas foi a questão que afirmava que a orientação sexual dos pais não interfere no amor e atenção que a criança recebera. De todas as respostas obtidas, 164 pessoas concordaram totalmente com essa afirmativa.

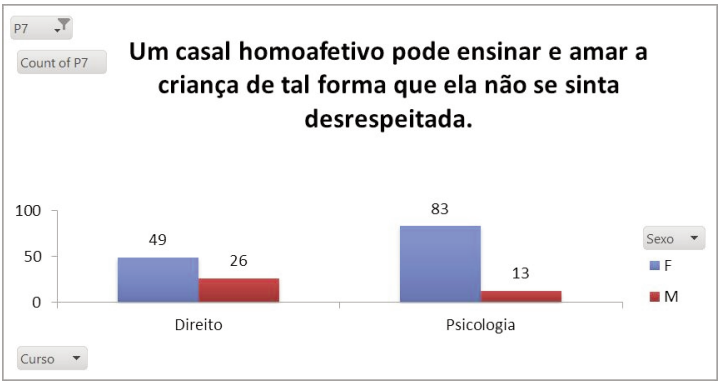


Figura 2. Relação entre o sexo e o curso, das pessoas que concordaram totalmente com a afirmativa da sétima questão

Na questão 7, a qual possui a maior porcentagem de respostas que concordam totalmente com a alternativa (85.07%), foram adicionados filtros como o curso e o sexo. A partir do gráfico montado, é possível perceber que em ambos os cursos o sexo Feminino possui maior número de respostas em relação ao sexo masculino, essa discrepância se dá também pelo fato de em ambos os cursos possuir mais mulheres do que homens. De modo geral é possível perceber um reconhecimento de que um casal homoafetivo tem condições de ensinar e amar a criança de tal forma que ela não se sinta desrespeitada. E mais uma vez, essas questões ultrapassam a barreira biológica de homem e mulher.

Resultados qualitativos

Após a leitura de todas as respostas, foi possível agrupar e identificar eixos de respostas como: Eixo 1 – reconhece a família como uma relação de amor e cuidado que extrapola as barreiras de gênero, Eixo 2 – formada majoritariamente por respostas dos estudantes de direito que defendem a legalização da adoção como fator principal para um avanço na estrutura familiar, Eixo 3 – se preocupa principalmente com a situação social do processo de adoção no Brasil, Eixo 4 – pessoas que são a favor mas temem o impacto dessa adoção no desenvolvimento da criança bem como os preconceitos a cerca dessa experiência e por fim o Eixo 5 – contendo respostas contrárias a legalização da adoção homoparental.

O primeiro eixo foi formado por respostas que priorizam os cuidados e atenção da família em relação a criança adotada, representado nas frases a seguir: "família é um elo de amor, e todas as crianças merecem", "qualquer casal que se dispõe a dar amor e atenção é capaz de criar uma criança", "a adoção por um casal homoparental não mudará de forma alguma o amor que tal casal sente pelo mesmo", "a adoção busca o melhor para a criança, logo, ser um casal homoparental não afeta na relação com a criança", "um casal homoparental nada difere do heteroparental e a criança aprenderá que o amor não enfrenta questões de gênero". Assim como a Psicanálise, muitas respostas tanto do curso de Psicologia quanto do curso de Direito, afirmam que o vínculo socioafetivo não está vinculado a gênero ou a orientação sexual dos pais. Um estudante de Direito ressalta que muitas crianças que estão hoje para adoção foram crianças rejeitadas pela dita família "tradicional".

O segundo eixo foi identificado principalmente nas respostas dos estudantes de Direito, que se preocupam com a legalização da adoção, eles acreditam que essa "é uma medida necessária para regulamentar a evolução da família brasileira", e uma resposta aponta essa discussão como uma "uma questão inerente a qualquer família, independente de sua configuração".

O terceiro eixo é marcado pela preocupação social do número de crianças adotadas no Brasil. "Acredito ser o resultado de um amadurecimento de consciência coletiva sobre o conceito do que é amor, pois essa é a base de uma família", alguns encorajam a adoção devido a "quantidade de crianças sem uma família, e com certeza com a legalização será possível uma melhora neste cenário". Novamente a questão do abandono por uma família heteroafetiva aparece em pauta. "Para a criança será muito melhor, pois um dia já foi rejeitada ou abandonada por um casal heterossexual, e merece viver em uma família e ser tratada com amor".

O eixo 4 por sua vez, são pessoas com opiniões favoráveis que entretanto possuem ressalva sobre o assunto. Respostas como "A favor desde que tenha um emocional e psicológico bem ajustados", "Favorável, porém certos cuidados devem ser tomados, assim como na adoção por heterossexuais". Trechos como esse corroboram a teoria de que a escassez de trabalhos acerca dos impactos dessa adoção e a dinâmica dessas famílias provocam o medo da influência de preconceitos nessas crianças, o que fica explicito na resposta "Não sou contra, porém nem totalmente a favor; Por ser algo muito novo ainda

tenho receio de como será o desenvolvimento destas crianças, ou seja nem pela adoção em si, mas pelo julgamento dos outros". Por outro lado, independente do receio, algumas pessoas se mostraram a favor, pois acreditam que "o desejo de adotar vem de encontro com o desejo de aumentar a família, portanto o casal vem se preparando ao longo de tempo e provavelmente apresentando mais condições psíquicas para o recebimento da criança" e que "Família é quem acolhe, cuida, respeita, alimenta, nutre e realiza".

O último eixo mostra respostas contrárias à legalização da adoção, algumas pessoas argumentaram terem receio de que "um casal homossexual não consiga cuidar de uma criança sem interferir negativamente em seu desenvolvimento." e "Sou contra, pois usando de empatia, com certeza iria sentir-me envergonhado, além de preconceitos que se iria sofrer". Nesse caso, o contra vai de encontro com a ideia do preconceito que a criança vai sentir e que muitas vezes esse preconceito é reflexo da própria posição do sujeito de se colocar no lugar da criança adotada.

Cabe finalizar essa análise de dados com uma resposta aberta de um estudante que se identificou como adotivo: "Fui adotada por um homem e por uma mulher; O que importou no meu desenvolvimento foi o carinho, amor e atenção que recebi deles e tenho certeza de que pensaria igual se ambos fossem do mesmo sexo."

DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como apoio a perspectiva psicanalítica. Essa perspectiva foi muito positiva para a realização do trabalho, uma vez que em Psicanálise é possível afirmar que todos nós somos adotados, é a partir de um processo de adoção simbólica que os seres humanos são batizados como pai, mãe, filho, e ao se reconhecerem assim eles se tornam, efetivamente "pai", "mãe" e "filho" (Laia, 2008 p. 31). Uma vez que a adoção é um procedimento generalizado que não se limita biologicamente a forma, a filiação, paternidade, maternidade podem ser exercidas tanto por casais homoafetivos quanto por casais heteroafetivos.

Apesar do grande número de estudantes a favor da adoção homoparental, ainda existe muitas dúvidas sobre a estrutura dessa família e desses pais. Tendo em vista que a família é quem cuida, quem adota, como vimos com Lacan, produzir cada vez mais conhecimento sobre essas relações pode ser um passo rumo a construção de uma sociedade mais igualitária, que convive bem com todas as diferenças. A diferença está na diferença natural da condição humana: como não há um indivíduo igual a outro, não há uma família igual a outra (Silva, 2008, p. 20).

Foi possível perceber de forma clara as representações sociais dos alunos dos cursos de Direito e Psicologia da PUCPR, bem como identificar eixos de respostas que embasaram suas afirmações e que durante todo o desenvolvimento dessa pesquisa, corroboraram com a literatura base desse projeto. Portanto podemos concluir que a nossa hipótese de que a

família sempre esteve em mudança em relação a forma, assim como a sociedade, entretanto mantem-se inalterada em relação a função: criar e proteger a prole.

REFERÊNCIAS

Araújo, Ludgleydson Fernandes de, Oliveira, Josevânia da Silva Cruz de, Sousa, Valdiléia Carvalho de, & Castanha, Alessandra Ramos. (2007). Adoção de crianças por casais homoafetivos: um estudo comparativo entre universitários de Direito e de Psicologia. *Psicologia & Sociedade*, *19*, 95-102. doi.org/10.1590/S0102-71822007000200013

Brasil, Presidência da República. (1988). Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em Fevereiro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

Brasil, Presidência da República. (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990.* Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em Fevereiro, 2015, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Castro, Maria C. A. de. (2008). A adoção em famílias homoafetivas. In*: Cartilha Adoção: Um direito de todos e todas.* Recuperado em Junho, 2015, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf

Laia, Sérgio. (2008). A adoção por pessoas homossexuais e em casamentos homoafetivos: Uma perspectiva psicanalítica. *Cartilha Adoção: Um direito de todos e todas.* Recuperado em Março, 2014, de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf

Silva, João R. P. da. (2008). A parentalidade de cara nova: quando os homossexuais se decidem por filhos. *Cartilha Adoção: um direito de todos e todas.* Recuperado em Junho, 2015 de http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/cartilha_adocao.pdf.

Unicef. (1959). Declaração Universal dos Direitos das Crianças. 20 de Novembro de 1959. Recuperado em Fevereiro, 2015 de http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm

Zambrano, E. (Org.). (2006). O direito à homoparentalidade: cartilha sobre as famílias constituídas por pais homossexuais. *Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil*. Recuperado em Fevereiro, 2015, de www.homoparentalidade.blogspot.com

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Bateria Luria-DNA para a população portuguesa: Os défices cognitivos associados ao VIH/SIDA

CLÁUDIA CASTRO (*)
JOÃO HIPÓLITO (*)
RUTE BRITES (*)
ODETE NUNES (*)

Várias razões justificam o interesse das investigações no âmbito da Psicologia da Saúde, nomeadamente na área da Neuropsicologia, sobre as consequências da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Em primeiro lugar, e de acordo com os dados do European Centre for Disease Prevention and Control (2014), a infecção por VIH continua a ser o maior problema de saúde pública na Europa. Em segundo lugar, a infecção causada pelo VIH, para além de afetar o sistema imunitário, tem um impacto relevante no Sistema Nervoso Central (SNC), particularmente no cérebro. O VIH introduz-se no cérebro através da migração dos monócitos e linfócitos que atravessam a barreira hematoencefálica, processo também conhecido por *Cavalo de Tróia*.

Minagar e Shapshak (2006) afirmam que o VIH invade o SNC quando se dá a seroconversão, apesar de muitos pacientes não apresentarem sintomatologia clínica. Spudich e González-Scarano (2012) afirmam que o VIH-1 infeta e causa défices no SNC e periférico em praticamente todos os pacientes com infeção sistémica. As alterações cognitivas associadas ao VIH (HIV Associated Neurocognitive Disorder – HAND) – são o resultado das lesões cerebrais causadas pela reprodução do VIH. A terapêutica anti-retroviral (TAR) reduziu a prevalência da HAND Severa, mas não da Leve e Moderada.

Finalmente, outra razão pertinente para o interesse nas investigações sobre o VIH, prende-se com as implicações políticas e psicossociais derivadas de um melhor conhecimento sobre os défices cognitivos em pessoas portadoras de VIH e SIDA, uma vez que estes estudos podem contribuir para minorar os estigmas de que são alvo as pessoas infetadas (Garcia, 2009).

Christo (2010) salienta a importância da avaliação neuropsicológica para identificar e diagnosticar défices cognitivos associados ao VIH, bem como traçar perfis neuropsicológicos e a sua evolução, devendo incluir os seguintes domínios: atenção/ /concentração, velocidade do processamento da informação, função executiva, raciocínio/ /abstração, memória/aprendizagem, habilidade visuoespacial e funcionamento motor.

(*) CIP/UAL – Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal.

O contributo do presente trabalho consiste na adaptação de um instrumento de avaliação neuropsicológica, o Luria-Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Luria-DNA), para a população portuguesa, nomeadamente a população clínica dos portadores de VIH/SIDA.

MÉTODO

As investigações em Portugal sobre o funcionamento neuropsicológico das pessoas infetadas com o VIH e SIDA têm-se confrontado com um constrangimento considerável, nomeadamente, a inexistência de um instrumento adequado para este grupo. Este constrangimento prende-se com o necessário rigor psicométrico, principalmente ao nível da sensibilidade que um instrumento com estas características deve possuir, seguindo as indicações da American Neurology Association (2007), relativamente ao *Asymptomatic Neurocognitive Impairment.*

Para além de um estudo de natureza metodológica, na medida em que desenvolvemos um procedimento de tradução e adaptação do Luria-DNA para a população Portuguesa, trata-se de um estudo quantitativo não-experimental (Kumar, 2014) e *postfacto* (Almeida & Freire, 2008). Trata-se, igualmente, de um estudo descritivo, na medida em que é relevante, no contexto de investigação em que nos situamos, descrever as funções cognitivas do grupo de pessoas portadoras de VIH e SIDA.

Participantes

A população do estudo é composta por indivíduos nos três níveis de escolaridade classificados pela Luria-DNA na versão original. Seguindo este critério, selecionámos alunos portugueses do ensino secundário e superior. Também faz parte desta amostra o terceiro nível de escolaridade, composto por licenciados, mestres e doutores. Os critérios de exclusão aplicados para este estudo foram a existência de diagnóstico psicopatológico ou do foro neurológico, a nacionalidade (outra que não a portuguesa), e histórico de hábitos de consumo de substâncias psicotrópicas ilícitas.

A amostra de validação para a população não-clínica, não probabilística e de conveniência, é formada por 103 participantes, com idades compreendidas entre os 14 e os 48 anos de idade (M=26,18, DP=9,22), dos quais 63 são do género feminino e 40 do género masculino. A média de idade dos participantes do género feminino é de 25,67 anos (DP=1,11), enquanto que a dos participantes do género masculino é de 27 anos (DP=1,57). Relativamente às habilitações académicas, a amostra é composta, na totalidade, por estudantes do ensino secundário (30,1%, n=31), superior (33%, n=34) e licenciados (36,9%, n=38). Em ambos os grupos, homens e mulheres, predominam os participantes licenciados ou alunos do superior (respectivamente, 37,5% e 36,5%).

A amostra (clínica) de validação para o grupo VIH e SIDA, de tipo não-probabilístico, objetivo e intencional, é composta por 40 indivíduos com diagnóstico clínico de VIH,

classificados em dois grupos: sintomáticos e assintomáticos. Os critérios de exclusão que aplicámos foram a existência de diagnóstico psicopatológico ou do foro neurológico e a nacionalidade (outra que não a portuguesa). Dos 40 participantes, 52,5% (n=21) são do género masculino e 47,5% (n=19) do género feminino. A idade dos participantes varia entre os 23 e os 64 anos (M=45,82, DP=10,56). A idade média das participantes do género feminino é de 44,05 anos (DP=11,21), enquanto que, a média de idades dos participantes do género masculino é ligeiramente superior (M=47,43, DP=9,94). No que respeita às habilitações académicas, a maior parte da amostra (n=28,70%) tem até ao 12º ano de escolaridade, seguindo-se os licenciados e, finalmente, os estudantes universitários.

Material

A decisão de escolha da bateria Luria-DNA foi ponderada de acordo com dois critérios básicos defendidos pelos autores Manga e Ramos (2007): por um lado, a seleção de um instrumento que fosse eficaz e que explorasse o funcionamento cognitivo global, naquilo que os autores definem como *compreensiva.* A Luria-DNA está dividida em cinco áreas, nove sub-testes e abrange um total de 81 itens (Figura 1). Por outro lado e de acordo com os autores, o critério de tempo de aplicação *seletivo*, uma vez que os instrumentos de avaliação neuropsicológica e de afasias são estruturas complexas e requerem tempo. Sendo esta bateria inspirada e construída de acordo com os trabalhos de Luria, mereceu a nossa atenção pelo contributo atual e pertinente daquele que é reconhecidamente referido como o *pai* da Neuropsicologia.

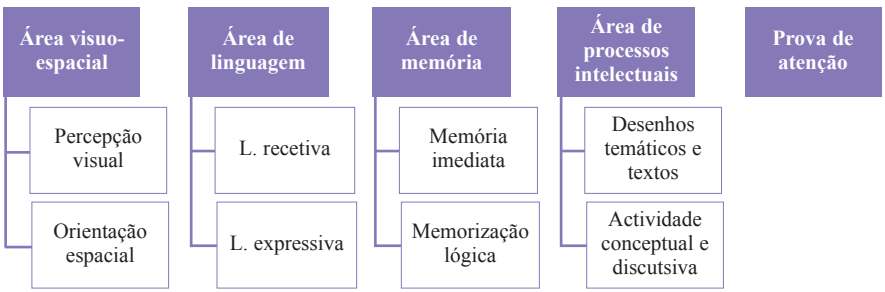


Figura 1. Áreas exploradas pela bateria Luria-DNA (Pérez, 2011)

Procedimentos

O procedimento de tradução e retroversão seguiu o proposto por Hill e Hill (2002). O processo de adaptação da língua espanhola foi facilitado pela aproximação cultural e pela disponibilidade da língua portuguesa em ter dois provérbios com igual representação metafórica, e considerou-se finalizado após o consenso estabelecido entre juízes. Após o pré-teste para verificação da compreensibilidade de todas as questões, iniciámos a recolha

de dados. No caso do grupo de portadores do VIH/SIDA este processo decorreu em colaboração com associações destinadas ao apoio de pessoas com esta problemática. Após a recolha e verificação dos dados, procedemos à sua análise com recurso ao software IBM SPSS Statistics®, versão 22.

RESULTADOS

Amostra não-clínica

No que se refere aos resultados da amostra não-clínica, a Luria-DNA não detetou quaisquer alterações cognitivas nos participantes. Pelo contrário, os resultados evidenciaram, na maioria dos itens, o chamado *ceiling effect* (Coolican, 2004; Fuentes, Malloy-Dinis, Camargo, & Cosenza, 2008), e o *floor effect* (Coolican, 2004; Fuentes et al., 2008), num número reduzido de itens. Na prática, tal significa que todos os participantes obtiveram ou a pontuação mais alta, ou a pontuação mais baixa, na quase totalidade dos itens. Esta ausência de variabilidade impossibilitou o prosseguimento das análises estatísticas, pondo em evidência a inadequação do instrumento para indivíduos sem antecedentes clínicos do foro neurológico ou psiquiátrico.

Amostra dos portadores de VIH/SIDA

Dada a impossibilidade de desenvolver uma análise fatorial sobre a totalidade dos itens, pelo não cumprimento dos pressupostos habituais, nomeadamente a dimensão da amostra ou o rácio sujeitos/variáveis (Costello & Osborne, 2005; Kline, 2000), considerámos a adequação teórica dos itens aos nove sub-testes da versão original, e desenvolvemos a Análise de Componentes Principais (ACP) sobre estas.

Em primeiro lugar, testámos a sensibilidade dos itens através das medidas de assimetria (*Skew*) e achatamento (*Ku*). Os valores atestam a adequabilidade dos itens à ACP, sendo, respetivamente, inferiores a 3 e 7 (Kline, 1998). Calculámos ainda as correlações inter-itens. Os valores obtidos indicam, na generalidade, a existência de correlações significativas, moderadas a fortes, fator favorável ao desenvolvimento da ACP.

Seguidamente, desenvolvemos uma análise exploratória sobre os itens. O teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,86) e o teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(36)}$=228,46, p<0,001) demonstram a adequação da amostra ao procedimento (Maroco, 2007; Pereira, 2008). Utilizámos, como critério sobre o número de fatores a reter, o *scree-plot* de Cattell.

Procedemos a uma segunda ACP, forçando a extração de dois fatores, com rotação *varimax*, *engeinvalue* superior a 1 e eliminação de valores inferiores a 0,30. A solução obtida explica 71,79% da variância (Quadro 1).

Quadro 1

Pesos factoriais dos sub-testes da bateria LURIA DNA, variância explicada e alpha de Cronbach – Solução de dois fatores

	Peso fatorial	
Sub-testes	1	2
Memória imediata	**0,85**	
Percepção visual	**0,82**	
Desenhos temáticos	**0,77**	0,42
Ling compreensiva	**0,69**	0,44
Memória lógica	**0,67**	0,39
Controlo atencional		**0,80**
Ling expressiva	0,34	**0,79**
Atividade conceptual		**0,79**
Orientação espacial	0,35	**0,78**
% Variância	36,85	34,94
α Cronbach	0,88	0,87

A solução obtida difere consideravelmente da versão original (Quadro 2). Relativamente à versão espanhola, apenas os sub-testes associados à memória se mantêm no mesmo fator. Há ainda dissemelhanças entre a estrutura portuguesa e a de outras investigações (Herreras, 2007; Manga & Ramos, 2007).

Quadro 2

Distribuição dos sub-testes por fator – Versão original (Manga & Ramos, 2007) e versão do presente estudo

Versão original (Manga, & Ramos, 2007)		Versão do presente estudo	
Área visuo-espacial	Percepção visual	**Mnésica compreensiva**	Memória imediata
	Orientação espacial		Memória lógica
Área da linguagem oral	Ling. compreensiva		Percepção visual
	Ling. expressiva		Desenhos temáticos
Área da memória	Memória imediata		Ling. compreensiva
	Memória lógica		Controlo atencional
Área intelectual	Desenhos temáticos	**Conceptual discursiva**	Ling. expressiva
	Atividade conceptual		Atividade conceptual
Prova de atenção	Controlo atencional		Orientação espacial

A análise da distribuição dos sub-testes indica, segundo Damásio (2012), uma subestimação de fatores, isto é, foi retido um número inferior de fatores, comparativamente à escala original de Manga e Ramos (2007). Analisando também a saturação dos sub-testes por fator, verifica-se que alguns dos sub-testes possuem saturação em mais de um fator. Contudo, comparativamente a outras análises desenvolvidas, esta constitui a mais

parcimoniosa e adequada aos dados. Em termos de fidelidade, os valores de consistência interna revelaram-se satisfatórios Fator 1 α=0,88; Fator 2 α=0,87 (Field, 2005).

Os resultados obtidos pela comparação entre os dois grupos revelam a presença de diferenças significativas em todos os sub-testes da bateria Luria-DNA, na medida em que os participantes com VIH obtêm, em todas os sub-testes, *scores* significativamente inferiores às dos participantes sem VIH. Assim, os dados parecem atestar a existência de uma perturbação da função cognitiva da amostra com VIH, quando comparada com uma amostra retirada da população em geral, sem antecedentes clínicos. Estão em consonância com os dados da investigação, que apontam para uma afetação do sistema nervoso de forma direta, ou indireta (Cysique, Bain, Lane, & Brew, 2012; Letendre, 2011; McArthur, Brew, & Nath, 2005), sendo este um grupo "neurologicamente vulnerável" (Christo, 2010).

Desta forma, as alterações nos sub-testes da Luria-DNA na população com VIH, confirmam o valor e a sensibilidade deste instrumento para as alterações cognitivas ao nível das áreas corticais, bem como o comprometimento ao nível subcortical, como nos casos de demência associada ao VIH.

DISCUSSÃO

Para os profissionais de Psicologia, Neurologia, Psiquiatria e, nomeadamente, da especialidade de Neuropsicologia, conhecer previamente o funcionamento cognitivo das pessoas portadoras de VIH e os possíveis efeitos que este vírus provoca no cérebro, permite um melhor conhecimento sobre a forma adequada de avaliar e de estabelecer um plano terapêutico. Os resultados obtidos na nossa investigação com a avaliação neurospicológica, pela Luria-DNA, revelam uma tendência significativa de défices cognitivos em todos os sub-testes que compõem a bateria (Perceção Visual; Orientação Espacial; Linguagem Compreensiva; Linguagem Expressiva; Memória Imediata; Memória Lógica; Desenhos Temáticos e Textos; Atividade Conceptual e Discursiva e, ainda, o Controlo Atencional). Os portadores de VIH considerados clinicamente sintomáticos, no que se refere ao seu estádio serológico, parecem possuir uma tendência para o agravamento dos défices cognitivos. Perante uma escassez, ainda visível, na literatura científica sobre os tipos de défices cognitivos associados ao VIH, as conclusões desta investigação podem sugerir que a Luria-DNA é um instrumento sensível para este tipo de população.

É possível encontrar na literatura científica dados que revelam a presença inquestionável dos défices cognitivos nos casos avançados da doença, como é revelado na demência associada ao VIH e nas situações de perturbações cognitivas leves. Nestas últimas situações, a literatura ainda não revela dados exaustivos sobre os tipos de défices, mas indica como critério a existência de, pelo menos, dois défices cognitivos que também interferem no funcionamento das atividades da vida diária. A American Neurology Association, em 2007, após uma revisão da nosologia dos défices cognitivos associados ao

VIH, solicita a realização de estudos que incidam sobre o funcionamento neuropsicológico das pessoas portadoras, clinicamente consideradas assintomáticas. Esse foi, sem dúvida, um dos nossos contributos. A este respeito, a Organização Mundial de Saúde (2013) recomenda que os relatórios nacionais sobre o VIH tenham por base instrumentos especialmente preparados para o efeito, adequados aos diferentes segmentos populacionais. Sentimos a necessidade de testar a possibilidade de validar o instrumento quer na população não clínica, quer em outras populações clínicas, pois a avaliação neuropsicológica em Portugal necessita de instrumentos com rigor comprovado.

REFERÊNCIAS

Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Porto: Psiquilibrios.

Christo, P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. *Revista Associação Médica Brasileira, 56*, 242-247.

Coolican, H. (2004). *Research methods and statistics in psychology* (4th ed.). London: Hodder Arnold.

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation, 10*, 1-9.

Cysique, L. A., Bain, M.P., Lane, T.A., &, Brew, B. J. (2012). Management issues in HIV – Associated neurocognitive disorders. *Dove Press Journal Neurobehavioral HIV Medicine, 4*, 63-73. doi: 10.2147/NBHIV.S30466

Damásio, B. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Avaliação Psicológica, 11*, 213-228.

European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2014). HIV/AIDS surveillance in Europe 2013.

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: Sage.

Fuentes, D., Malloy-Dinis, L., Camargo, C., & Cosenza, R. (2008). *Neuropsicologia: Teoria e prática.* Porto Alegre: Artmed.

García, M. P. (2009). *Manual de neuropsicologia clínica*. Madrid: Piramide.

Herreras, E. B. (2007). Análisis de la estrutura factorial de la batería Luria-DNA en estudiantes universitarios. *Revista de Psicodidática, 12*, 143-152.

Hill, M. M., & Hill, A. B. (2002). *Investigação por questionário* Lisboa (2ª ed.). Edições Sílabo.

Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.

Kumar, R. (2014). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners* (4th ed.). London: Sage.

Letendre, S. (2011). Central nervous system complications in HIV disease: HIV – Associated neurocognitive disorder. *Neurocognitive Disorders in HIV, 19*,137-142.

Manga, D., & Ramos, F. (2007). *Luria – DNA diagnótico neuropsicológico de adultos.* Madrid: TEA.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: Com utilização de SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

McArthur, J. C., Brew, B. J., & Nath, A. (2005). Neurological complications of HIV infection. *Lancet Neurology, 4*, 543-555. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70165-4

Minagar, A., & Shapshak, P. (2006). *HIV Neuro-AIDS*. New York: Nova Science Publishers.

Pereira, A. (2008). *SPSS Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pérez, M. C. G. (2011). *Perfiles Neuropsicológicos de Pacientes Esquizofrénicos en la Batería de Luria-DNA* (tese de doutoramento Universidade de Salamanca).

Spudich, S., & González-Scarano, F. (2012). HIV-1-related central nervous system disease: Current issues in pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Journals Cold Spring Harbor Perspectives Medicine.* doi: 10.1101/cshperspect.a007120

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A violência psicológica e moral nos municípios do Estado de São Paulo

CLEBER FERREIRA JÓIA (*)
LUÍS SÉRGIO VANZELA (*)

A violência no Brasil está manifestando-se de maneira alarmante e transformando a vida da população de forma acelerada. O medo e a insegurança tomam cada vez mais espaço nos grandes e pequenos centros urbanos, e o aumento da criminalidade se deve a um conjunto de fatores que passam pela aceleração do processo de urbanização, pela concentração dessa população nas áreas metropolitanas e o processo de migração do crime de áreas tradicionalmente violentas para as periferias das cidades, criando, assim, um novo cenário: as novas territorialidades.

Para Pinheiro (2003), a violência urbana subverte e desvirtua a função das cidades, drena recursos públicos, ceifa vidas, dilacera famílias e modifica nossa existência para pior.

Nesse sentido, este trabalho é relevante porque evidencia que a violência e suas consequências se tornaram um grave problema de saúde pública e deve ser assistida pelo Ministério Público, promovendo políticas mais eficazes ao atendimento do problema, como também de suas vítimas.

Considerando, nesse contexto, que as características socioambientais são diferentes em centros urbanos de diferentes dimensões, este trabalho objetivou avaliar a relação entre algumas características socioambientais (índice de desenvolvimento humano, índice de pobreza, densidade demográfica no município, densidade demográfica na área urbana, produto interno bruto *per capita*) sobre os casos de todos os tipos de violência e a violência psicológica e moral, em municípios do estado de São Paulo.

O presente trabalho se justifica pela potencialidade de reflexão de cada cidadão e dos órgãos públicos no que tange ao atendimento às vítimas de violência dos grandes centros urbanos, sobre as leis que a regem como também sobre novas propostas para o enfrentamento desse fenômeno social e mundial.

(*) Faculdade de Ciências Ambientais, Universidade Camilo Castelo Branco, Fernandópolis-Brasil.

MÉTODO

Participantes

Para este estudo, utilizou-se uma amostra de 7,4% do total de municípios do estado de São Paulo, resultando em um total de 48 municípios estudados. Foram selecionados, aleatoriamente, municípios dentro dos seguintes extratos populacionais: (1) 0 a 20.000 habitantes (2) 20.001 a 50.000 habitantes, (3) 50.001 a 100.000 habitantes, (4) 100.001 a 500.000 habitantes e (5) acima de 500.001 habitantes.

A base de dados utilizada para realização do trabalho está apresentada na Quadro 1.

Quadro 1

Base de dados utilizados neste estudo

VT	Todos casos violência	Casos $(10^5$ hab$)^{-1}$	SINAN (2010)
VPM	Casos violência psicológica e moral	Casos $(10^5$ hab$)^{-1}$	IBGE (2014)
IDH	Índice Desenvolvimento Humano	Adimensional	IBGE (2014)
PIB	Produto Interno Bruto	R$ hab^{-1} mês^1	IBGE (2014)
IP	Índice Pobreza	Adimensional	IBGE (2014)
Dd	Densidade Demográfica Municipal	Hab KM^2	IBGE (2014)
Ddau	Densidade Demográfica Urbana	Hab KM^2	IBGE (2010-2014)
Total		Hab KM^2	SINAN/IBGE

Fonte: Dados criados pelos autores.

Material

As variáveis VT e VPM foram obtidas do banco de dados do SINAN (2014) para o ano de 2010. Assim, os dados foram obtidos de forma absoluta (total de casos registrados) e, posteriormente, convertidos em valores relativos (total de casos por 100.000 habitantes) para as análises estatísticas.

Os valores de IDH, PIB, IP e Dd foram obtidos diretamente para cada município avaliado, do banco de dados do IBGE (2014), para o ano de 2010, visando compatibilizar o período estudado entre as variáveis analisadas. Os valores de Ddau foram determinados pelo quociente entre a população urbana e a área urbana. Os dados de população urbana absoluta foram obtidos diretamente do banco de dados do IBGE (2014), enquanto as áreas urbanas dos municípios foram determinadas a partir dos mapas estatísticos do IBGE (2010), utilizando técnicas de geoprocessamento.

Procedimentos

A análise estatística consistiu na análise de regressão entre as variáveis dependentes e independentes. Foram testados os modelos lineares, quadráticos e logarítmicos. A avaliação dos melhores modelos entre as variáveis dependentes e independentes foi realizada

considerando o maior nível de significância (valores de *p*) e do melhor ajuste da regressão (coeficiente de determinação r^2). As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software SPSS.

RESULTADOS

A resposta dos casos de todos os tipos de violência foi significativa se comparada à densidade demográfica do município para o extrato populacional 2 (Figura 1, a) e densidade demográfica do município, índice de desenvolvimento humano e índice de pobreza para o geral dos municípios (Figura 1, b, c e d).

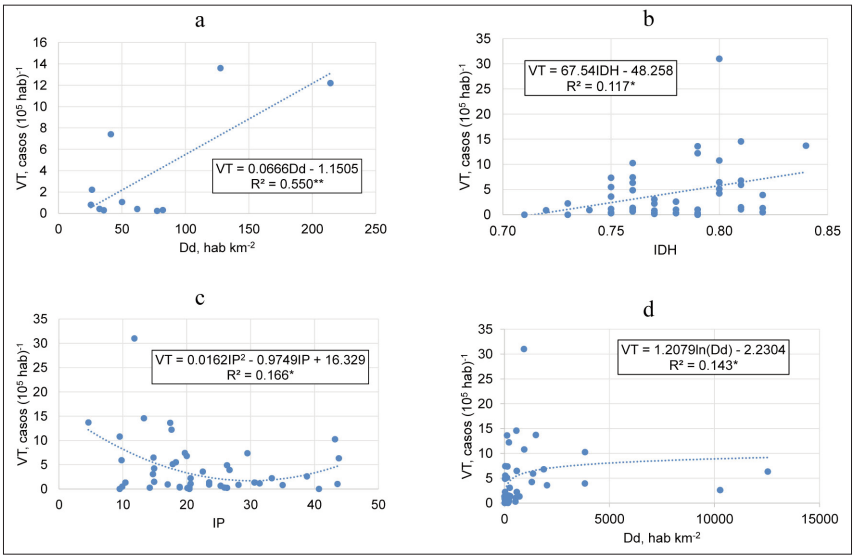


Figura 1. Resposta dos casos de todos os tipos de violência – VT em função da densidade demográfica dentro extrato populacional 2 – Dd (a) e do índice de desenvolvimento humano – IDH (b), do índice de pobreza – IP (c) e da densidade demográfica – Dd (d) no geral dos municípios.

Os resultados demonstram tendência de crescimento nos casos de todos os tipos de violência com o aumento da densidade demográfica municipal e do índice de desenvolvimento humano nos municípios. Entretanto, para o índice de pobreza, a tendência de crescimento nos casos de violência somente é observada a partir de cerca de 30% de pobreza (Figura 1, c).

Esses resultados corroboram a pesquisa de Santos (2005), quando relata que o índice de pobreza é um dos causadores dessas violências totais, que ainda se concentram no sexo feminino, mas que apresentam causas diferenciadas, embora a questão de gênero se sobressaia.

Com relação à violência psicológica e moral, foram observadas respostas significativas com o produto interno bruto *per capita* no extrato populacional 1 (Figura 2, a) e com a densidade demográfica municipal e densidade demográfica na área urbana no extrato populacional 4 (Figura 2, b e c).

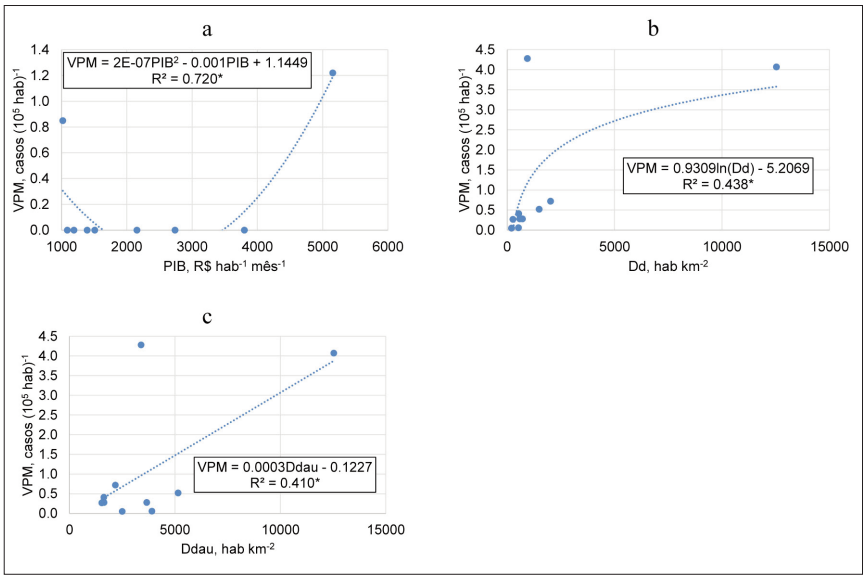


Figura 2. Resposta dos casos de violência psicológica e moral – VPM em função do produto interno bruto *per capita* – PIB (a) no extrato populacional 1, da densidade demográfica municipal (b) e da densidade demográfica na área urbana – Ddau (a) no extrato populacional 4.

Como pode ser observado para o extrato populacional 1 (Figura 2, a), os casos de violência psicológica e moral tenderam a aumentar significativamente a partir de um produto interno bruto *per capita* de cerca de R$ 3.500,00. Já para no extrato populacional 4 (Figura 2, b e c), os casos de violência psicológica e moral tenderam a aumentar tanto com o crescimento da densidade demográfica municipal quanto com a densidade demográfica na área urbana.

DISCUSSÃO

O que se apresenta quanto aos dados da violência psicológica, fator difícil de ser apontado em pesquisas, principalmente nas causas e consequências desse ato, é que estas se originam de conflitos familiares, ocorrem geralmente com o gênero feminino e crianças e jovens, conforme relata Lippi (2003). Para este autor, as consequências desse tipo de violência ainda desenvolvem diferentes psicopatologias que, se não diagnosticadas e tratadas de maneira adequada, tendem a criar novos padrões comportamentais mais violentos.

Sabe-se que quanto maior a população, maior é o índice de violência praticada, e que as condições econômicas e financeiras da população afetam esses índices, resultados corroborados por Pimentel e Flores (2012), que relatam que os municípios da região sudeste, sobretudo no estado de São Paulo, apresentam índices altíssimos, principalmente nas regiões metropolitanas e, também, por seu crescimento não planejado nas cidades mais afastadas do centro e pelo crescente aumento da população das classes populares.

Em estudos de Paz (2006), há relatos de que a violência psicológica ocorre em 26,7% dos casos pesquisados, tendo o parceiro jovem como agressor, com menos de cinco anos de estudo e que consumia álcool e outras drogas. Os dados também revelam que nos municípios pesquisados, os índices de densidade demográfica e de pobreza estão sumariamente ligados aos índices de violência psicológica e moral, além de estarem intrinsicamente ligados aos outros tipos de violência, tendo em vista que um tipo de ato violento não ocorre sozinho, mas está vinculado a outros.

Assim, a violência, seja ela qual for, necessita de um espaço entre as políticas sociais na agenda do Estado, o que requer destas um resgate histórico e crítico do papel de todos sobre a participação efetiva nessas conquistas e lutas pela democracia, cidadania e igualdade; requer também a reconstrução de um paradigma social mais amplo, no qual cada indivíduo não age sozinho, mas coletivamente.

Existem outros fatores que vêm a influenciar, também, o perfil do agressor, que são causas de caráter social: a definição de papéis dentro da própria família, a questão da renda e do sustento da casa, o estímulo da mídia no que se refere aos diferentes papéis que tanto mulher como homem devam exercer, a preferência sexual de cada um, o uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outros.

A violência contra qualquer indivíduo se torna um grave problema no Brasil e nos demais países, e seu enfrentamento se faz urgente e necessário, mas é preciso questionar como a sociedade é estruturada e organizada, através das relações desiguais de poder; significa, também, que se tem que desarticular os pilares que sustentam esses atos violentos, que a sociedade, junto aos órgãos governamentais, por meio de suas políticas públicas, a combatam, que a previnam. Esse trabalho deveria contemplar a diferença entre os papéis que homens e mulheres exercem dentro da sociedade, dentro dos grupos sociais com os quais convivem e se relacionam.

Os casos de todos os tipos de violência em municípios do estado de São Paulo tendem a crescer com o aumento da densidade demográfica municipal, com índice de desenvolvimento humano insatisfatório e a partir de 30% de índice pobreza. A violência psicológica e moral tende a crescer a partir de um produto interno bruto *per capita* municipal de R$ 3.500,00 para municípios com população de até 20.000 habitantes e também com a densidade demográfica municipal e da área urbana para municípios com população entre 100.001 a 500.000 habitantes.

REFERÊNCIAS

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. @Cidades. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mapas Municipais Estatísticos do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em http://www.ibge.gov.br

Lippi, J. R. S. (2003). *Tentativa de suicídio associada à violência física, psicológica e sexual contra crianças e adolescentes*. Teses de doutorado em Saúde da Mulher e da Criança. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Rio de Janeiro.

OMS. (2002). *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra.

Paz, A. M. (2006). *Violência por parceiro íntimo durante a gravidez*: *Um estudo de prevalência do distrito sanitário II da cidade do Recife*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife-PE.

Pimentel, A., & Flores, R. B. (2012). Violência psicológica: A produção científica no Brasil de 2000 a 2012. *Revista Dossier: Gênero da Amazônia, 2*, jul./dez.

Pinheiro, P. S. (2003). *Violência urbana*. São Paulo: Publifolha.

Santos, B. S., & Oliveira, A. F. (2005). *O papel do álcool na sociedade*. Sociologia. Lisboa: Texto.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. (2014). *Tabulação de dados*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A pessoa idosa na atenção básica e especializada: Estigmas e iniquidade social

CREUDÊNIA FREITAS DOS SANTOS (*)
MARIA DO CARMO EULÁLIO (*)
CELINA DE FARIAS COSTA MACEDO (*)

Estimativas apontam que no ano de 2050, no Brasil, a população de pessoas idosas atingirá o número de sessenta e cinco milhões (Andrade, Sena, Pinheiro, Meira, & Lira, 2013), o que demandará novos olhares, novos saberes e fazeres. Beauvoir (1990) de forma pertinente, ainda na atualidade, refere-se ao envelhecer biológico e ao envelhecer social, fazendo uma análise das relações estabelecidas com os velhos ao longo do tempo, afirmando que o envelhecimento caracteriza-se como um constructo sócio-histórico-cultural, que reflete diretamente na dimensão existencial do sujeito.

A nossa sociedade impõe à velhice uma posição desfavorável; envelhecer numa cultura segregadora contribui para a violação de direitos. Faz-se mister, refletir sobre os estigmas de envelhecer e, de forma simultânea, apresentar um transtorno mental, pois mesmo levando em consideração os avanços do redirecionamento do modelo de atenção à saúde mental ocorrido nos últimos anos no Brasil (Reforma Psiquiátrica Brasileira), são muitos os desafios. Pitta (2011) diz que o estigma contra os ditos loucos perdura, seja de forma explícita ou sutil, tanto entre aqueles que são contra a Reforma, quanto os que são a favor.

Tendo como inspiração maior a proposta da Psiquiatria Democrática Italiana, o movimento da Reforma Psiquiátrica, consubstanciado em 2001, respalda-se na reestruturação da forma de lidar com a loucura, a partir da substituição da obrigatoriedade em "tratar" a "doença mental", pela premente necessidade de promover saúde mental sob o pilar da desinstitucionalização (Amarante, 1995), a partir da construção de saberes e práticas não institucionais, distantes das dualidades doença/saúde, enfermidade/cura, normal/anormal, a partir da promoção da produção de autonomia.

Há um elo entre as propostas da Reforma Psiquiátrica e da Psicologia da Saúde: ambas tem como princípio a concepção holística de saúde, sendo avessas a reducionismos; rompem com paradigmas até então cristalizados social e culturalmente (a primeira vem romper com o caráter de periculosidade e doença envoltos na loucura; e a segunda rompe com o paradigma clínico, com a ênfase na psicopatologia); dois campos que vem se metamoforseando sob o prisma da integralidade e da saúde enquanto potencialidade. Alves e Eulálio (2011) defendem a conceituação de Psicologia da Saúde enquanto abarcadora de

(*) Universidade Estadual da Paraíba, Brasil.

todos os níveis de intervenção de saúde, inclusive o de saúde mental, um campo autônomo que vem se fortalecendo.

No cerne de um novo olhar para a loucura não há espaço para o modelo asilar; a partir de dispositivos denominados de Serviços Comunitários Substitutivos, dentre eles, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a reconstrução de saberes e práticas acontece no cotidiano, mas não é um processo homogêneo, "... mesmo nos Serviços substitutivos sobrevivem condutas e posicionamentos que revelam não mais uma estrutura manicomial, mas ideias manicomiais" (Amorim & Dimenstein, 2009, p. 06).

O Sistema Único de Saúde (SUS), modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, expressão maior do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (década de 70), preza por uma saúde como direito social, com princípios e diretrizes (universalidade no acesso e igualdade na assistência; integralidade na assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde) contrários à filosofia de uma cidadania regulada (Noronha, Lima, & Machado, 2012). Nesse sistema de saúde universal, integral, equânime há espaço para o velho e para o louco, sem estranhamentos: essa é a proposta, embora já se fale em um SUS legal x SUS ideal, pois um dos maiores desafios se encontra na superação das desigualdades num modelo de estado neoliberal.

As pesquisas que tratam da saúde mental dos idosos relacionada às práticas na Atenção Básica e na Atenção Especializada (CAPS) são ainda escassas, fato que nos motivou a realizar o presente estudo. Desta forma, o objetivo geral do estudo é analisar as representações da Atenção Básica/Especializada para idosos(as) de um CAPS; os específicos são identificar a participação dos(as) idosos(as) nas atividades do CAPS e verificar a relação existente entre o significado do envelhecimento e o cuidado recebido.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa (de maio/11 a junho/11) teve como sujeitos 64 pessoas idosas, sendo 56 residentes no município de Taperoá (município 1-sede do CAPS) e 08 residentes em Livramento (município 2-os residentes são atendidos por esse CAPS através depactuação).

Os critérios de inclusão preconizaram que estariam aptas a participarem todas as pessoas de ambos os sexos, que até o dia 31/12/2010 possuíssem a idade mínima de 60 (sessenta) anos, cadastradas no Serviço desde a sua implantação (26/10/2006) até o dia 31/10/2010 (perfazendo um período de quatro anos), residentes na zona urbana de ambos os municípios e, que, de forma espontânea, quando visitadas, apresentassem disponibilidade a responderem os instrumentos de coleta de dados, Quanto aos critérios de exclusão, ficou estabelecido que àquelas pessoas com idade a partir de sessenta anos cadastradas após o

mês de outubro de 2010, às que completassem essa idade no ano seguinte e às que se recusassem a responderem os instrumentos, seriam automaticamente excluídas do processo.

O perfil sócio-demográfico da população estudada assim se apresenta: as pessoas idosas se encontram, predominantemente, entre duas faixas etárias: de 60 a 69 (52%) e de 70 a 79 anos (27%); as mulheres são maioria (72%) entre os participantes; quanto ao estado civil, três categorias se destacam por ordem de frequência: casadas (33%), viúvas (33%) e solteiras (19%); a maioria reside em casa própria (67,8% do município 1 e 75% do município 2); para 50% o número de moradores no domicílio fica entre 3 e 5 pessoas; 44,6% entre os residentes no município 1 e 75% no município 2 possuem a 1ª fase do Ensino Fundamental incompleto; a condição de agricultor como atividade anterior prevalecente foi citada por 69,6% (município 1) e por 62,5% (município 2), enquanto que atualmente 83,9% (município 1) e 62,5% (município 2) são aposentadas.

Material

Este estudo de campo com abordagem quanti-qualitativa, teve os seus dados sócio-demográficos analisados através de estatística descritiva, utilizando-se de frequência e percentil, e as entrevistas foram semi-estruturadas e analisadas através da Análise de Conteúdo, na modalidade de análise temática (Bardin, 1977). Consiste no método de desmembrar o texto em unidades e categorias, o que proporciona a investigação acerca dos temas emergentes, o que comprova a eficácia na captação das significações.

Procedimento

Estudo guiado pelas normas do Conselho Nacional de Saúde, Resolução de nº 196, de 10 de outubro de 1996 preconiza as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvam seres humanos, tendo recebido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com Parecer emitido em 04/05/2011. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

RESULTADOS

O Quadro 1 mostra que, de forma geral, verifica-se que 73,6% dos idosos não frequentam o CAPS, 9,7% vão apenas às consultas psiquiátricas, enquanto 5,6% são representados por terceiros nas consultas, participandodas ações psicossociais 11,1% (apenas do município 1).

O não frequentar o CAPS, para as pessoas idosas do município 1 apresenta o índice de 76,7% entre as mulheres e 62% entre os homens. Foi constatado que havia apenas 03 (três) prontuários que apresentavam registros de encaminhamento de idosas, limitando-se à anotação, não funcionando na lógica de compartilhamento de casos, mas numa lógica fragmentada de cuidar, o que é reforçado pelos comentários de Couto e Martinez (2007) que falam da dificuldade da continuidade do cuidado após o encaminhamento pela equipe do CAPS, não havendo habilidade, ainda, para o manejo.

Quadro 1

Participação das pessoas idosas no CAPS I: Município 1 e Município 2

	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	
Variável	Município 1	Município 1	Município 2	Município 2	Total
Não participam	33 (76,7%)	13 (62%)	06 (85,7%)	01 (100%)	53 (73,6%)
Participam	04 (9,3%)	04 (19%)	-	-	08 (11,1%)
Apenas consulta médica	03 (7%)	04 (19%)	-	-	07 (9,7%)
Representados por terceiros nas consultas	03 (7%)	-	01 (14,3%)	-	04 (5,6%)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

Predominantemente, as pessoas idosas do município apontam como fator que contribui para a não frequência/participação, a falta de identificação com as demais pessoas atendidas no CAPS. Os nomes utilizados após as descrições dos participantes são fictícios.

1 – "E eu tou doente? (...) Eu vou lá vê o que lá? Sem tá doente..." (Mércia, 61 anos)

2 – "(...) como diz o ditado, eu, eu quando fui pro CAPS aí eu... achava assim, rapaz, tudo eu notava, aqueles, aquele povo daquele jeito, aí eu me sentia... como eu num tinha aquilo, nera?" (Otávio, 68 anos).

Para as pessoas do município 2, além da identificação, encontramos a indisponibilidade de transporte como um outro motivo importante que impede ou dificulta a participação.

1 – "Faz muito tempo, ói a derradeira vez que eu fui lá, foi numa festa que houve (...) na hora que a senhora fale com a, com a Secretára aí, na hora que o carro vim, eu vou." (Augusta, 71 anos).

Explicitamente, o trabalho de gestão do Município 2 caminha no sentido contrário ao proposto pelos Artigos 2º e 15º do Estatuto do Idoso, que tratam dos direitos assegurados por lei para a preservação tanto da saúde física, quanto da mental, através de ações do SUS

contínuas e articuladas, conferindo acesso universal e igualitário, seja para prevenir, promover ou recuperar a saúde.

Quadro 2

O atendimento na Atenção Básica

	Mulheres	Homens	*N* (%)	Mulheres	Homens	*N* (%)
Variável	Município 1	Município 1	Município 1	Município 2	Município 2	Município 2
Satisfatório	28 (71,8%)	13 (76,5%)	41 (73,2%)	02 (28,6%)	-	02 (25%)
Regular	05 (12,8%)	-	05 (8,9%)	-	-	-
Insatisfatório	-	-	-	05 (71,4%)	01 (100%)	06 (75%)
Não se expressou	06 (15,4%)	04 (23,5%)	10 (17,9%)	-	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2011.

As pessoas idosas do município 1 (73,2%) encontram-se satisfeitas com o atendimento da Atenção Básica, com elogios ao trabalho desenvolvido pelas equipes de Estratégia de Saúde na Família; os entrevistados que não se expressaram sobre essa questão, justificaram a ausência na Atenção Básica por se consultarem, prioritariamente, com médicos privados. Segue um dos discursos.

1 – ... recebo atendimento demais! Todas as pessoas que trabalha lá são pessoas eficientes, capacitadas demais!" (Simone, 67 anos).

Para as pessoas idosas do município 2 (75%) o atendimento é insatisfatório, o que tem gerado muito desagrado, ficando explícita a desassistência a tal público. Vejamos dois dos discursos:

1 – "... eu tem que fretar carro prá ir prá lá... nem ele (médico) vem aqui, é eu que tem que fretar carro. Não, nunca me visitou. Acho péssimo!" (Augusta, 71 anos);

2 – "Às vez eu sou atendido, mais... aqui é pá tirar uma, uma pressão, às veze uma injeção, quande tem, que falta, sabe? Falta, falta, é preciso comprar, é preciso comprar injeção, é preciso comprar seringa, sabe? Tá entendeno?" (Genival, 60 anos).

Visivelmente, as necessidades e expectativas da população estudada (município 2) não estão sendo atendidas e nem tão pouco respeitadas, numa exclusão que vai de encontro com os princípios do SUS, não havendo reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado, com ações que priorizema descentralização e a hierarquização dos serviços, a

atenção integral às necessidades de saúde da população e a participação popular (Aguiar, 2011).

Representação da Atenção Especializada (CAPS)

Observou-se que a representação do CAPS varia entre aqueles que dele participam ou não. Assim,podemos dizer que, para o público estudado, o modo de ver este serviço comunitário de saúde mental se encontra intimamente relacionado à condição de se perceber agente passivo ou atuante no processo de cuidado. O CAPSpercebido como um espaço terapêutico e, até mesmo, como um instrumento de auxílio em um momento crítico da vida, pois se configura como um espaço que há possibilidades de expressão, interação, garantindo a troca de experiências e, consequentemente, a construção coletiva de saberes, foi o discurso predominante das pessoas entrevistadas, o que vem corroborar com o que Amarante (2012) vislumbra como objetivo maior da Reforma Psiquiátrica: a possibilidade de transformação das relações estabelecidas com a loucura, para superação do estigma da desqualificação dos sujeitos, através de relações de troca, de coexistência, de cuidados.

Visualizemos algumas falas:

1 – "O CAPS representa prá mim tudo de muito bom, gosto, gosto muito... às vez quando eu chego lá as menina me chama, eu pinto, faço aqueles... aqueles crochezim, de fuxico, né? Tapete. Física, né? De exercício... e canto também mais as menina muito..." (Janete, 65 anos);

2 – "Muito bom, muito bom, Deus primeiramente e ele, se num tivesse ido lá, no CAPS, eu já tinha corrido doida... agora não, acalmou... pelo menos a pessoa fica mais, com a cabeça mais fria, esfria um pouco" (Mercedes, 71 anos).

No discurso daquelas pessoas idosas que não frequentam o CAPS, a concepção é a de que é um local para "doentes", cuja função é "curar", onde o "tratamento"dos sinais esintomas é o trabalho primordial. Há uma centralização muito forte no tratamento medicamentoso, para essas pessoas, o que incorre na problemática da medicalização da vida.

1 – "Eu acho que... praquelas pessoa que tá necessitado é o ideal, né? É porque, porque recebe o tratamento médico, né? Tem médico, tem medicamento, né?" (Marina, 65 anos);

2 – "É bom, o CAPS é bom porque... as pessoa doente vai prá lá e são atendida, as menina são boa, tudo, o médico que eu fui mesmo... mais era um excelente médico!" (Avanir, 69 anos).

O significado do envelhecimento

Para as pessoas idosas, de ambos os municípios, o envelhecer está intimamente vinculado à proximidade da morte, ao surgimento de doenças, à percepção de limitações

físicas e, consequentemente, à dependência do outro, sendo que, para os homens, existe um agravante: a incapacidade de produzir socialmente, daí o não se inserir no mercado de trabalho incomodar acentuadamente. Verificou-se, também, discursos de ordem mais pessimista naquelas pessoas idosas que não se sentiam acolhidas no sistema de saúde, encontrando-se, assim, distantes da condição de protagonistas, num momento em que é tão discutida e reproduzida a importância do envelhecimento ativo e saudável.

O significado do envelhecimento para essas pessoas idosas é resultado de uma cultura que ainda segrega aquele que não mais produz economicamente, através de prévios julgamentos de valores, associando velhice/envelhecimento a declínio. Beauvoir (1990, p. 16) já nos alertava para tal: "Mas se a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que esse destino é vivido de maneira variável segundo o contexto social".

DISCUSSÃO

Este estudo nos oportunizou entender o modelo de atenção à saúde direcionado à pessoa idosa, tanto no âmbito da Atenção Básica, quanto da Especializada (CAPS), em dois municípios do interior do nordeste brasileiro. A conjuntura encontrada assinala para um cuidado ainda distanciado dos princípios do SUS, tendo em vista o não atendimento às necessidades da maioria das pessoas idosas participantes deste estudo, incorrendo em práticas incoerentes com as perspectivas da integralidade e da equidade: há incompatibilidades entre a proposta do SUS e o modelo de estado brasileiro; ou seja, a superação das desigualdades e a garantia da saúde como direito social entrechocam-se com o neoliberalismo.

O CAPS, foco da pesquisa, não tem materializado o papel de articulador da rede de atenção à saúde mental (de base territorial e comunitária); por sua vez, é gritante o descompromisso da gestão do município 2, configurando em desassistência à pessoa idosa. Faz-se imprescindível a superação dos trabalhos isolados dos Serviços de Saúde Mental e Atenção Básica, pois a pessoa idosa, da mesma forma que as pessoas que se encontram nos demais segmentos etários, possuem necessidadess específicas, por vivenciarem uma fase tão individual e, simultaneamente, tão heterogênea, também o tem.

O estudo aponta que para estes idosos a representação do envelhecimento está relacionado a um processo patológico por si só, uma fase da vida predominantemente de perdas (físicas, pessoais, sociais, profissionais, dentre outras), em um sistema de saúde que apresenta falhas no acolhimento, com posturas estigmatizantes, numa explícita condição de iniquidade social.

Vislumbra-se o fortalecimento dos pressupostos dos SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira efetivando-se na prática da Psicologia da Saúde, já que concebem a saúde como um fenômeno social e humano, reconhecendo no processo saúde-doença, nos

determinantes sociais da saúde, uma estratégia para dirimir as iniquidades sociais num contexto atual de culto ao corpo, de busca desenfreada de manutenção da saúde e controle das emoções, onde os psicotrópicos assumem o papel de protagonista, num reducionismo assustador, fruto de uma sociedade "medicalizada" e tristeza "patologizada".

REFERÊNCIAS

Aguiar, Z. N. (2011). *SUS: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios.* São Paulo: Martinari – Emporio do Livro

Alves, R. F., & Eulálio, M. C. (2011). Abrangência e níveis de aplicação da psicologia da saúde. In R. F. Alves (Org.), *Psicologia da saúde: Teoria, intervenção e pesquisa* (pp. 65-88). Campina Grande, PB: EDUEPB.

Amarante, P. (2012). Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 635-654). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2ª ed). Rio de Janeiro:Editora Fio Cruz.

Amorim, A. K. de M., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Revista Ciência e Saúde Coletiva. 14*, 195-204. doi.org/10.1590/S1413-81232009000100025

Andrade L. M., Sena, E. L. da S., Pinheiro, G. M. L., Meira, E. M., & Lira, L. S. S. P. (2013). Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: Uma revisão integrativa. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, *18,* 3543-3552. doi.org/10.1590/51413-81232013001200011

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Beauvoir, S. (1990). *A velhice* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Brasil (2008). *Estatuto do idoso: Lei 10.741/03* (3ª ed.). Brasília:Edições Câmara.

Couto, M. C. V., & Martinez, R. G. (2007). *Saúde mental e saúde pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora FUJB.

Noronha, J. C., Lima, L. D., & Machado, C. V. (2012). O Sistema Único de Saúde. In L. Giovanella (Org.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (pp. 365-392). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, *12,* 4579-4589. doi.org/10.1590/51413-81232011001300002

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Glaucoma em idosos: Subjetividade e relações familiares

DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ (*)
NAYANA TALLITA PEREIRA JULHO (*)

O aumento da expectativa de vida associado à queda no número de nascidos tem ocasionado no aumento global do número de idosos, de modo que a representatividade numérica desta população tem despertado na sociedade a crescente preocupação acerca da qualidade de vida e processos envolvidos no envelhecer (Debert, 2004; Zimmerman, 2007).

Duarte e Lebrão (2007) afirmam que à medida que a população envelhece, aumentam a incidência e a prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), caracterizadas por longo período de latência, tempo de evolução prolongado, etiologia não totalmente elucidada, complicações e lesões irreversíveis, acarretando diversos graus de incapacidade ao indivíduo. Em pesquisa analisada pelas mesmas autoras, todas as doenças referidas por idosos tinham a característica da cronicidade e, por essa razão, exigiam acompanhamento contínuo, muitas delas com a utilização de medicação controlada, tendo os problemas relativos à visão aparecido em primeiro lugar entre os sinais e sintomas referidos por esta amostra.

O glaucoma, que é uma neuropatia ótica crônica caracterizada pela escavação do nervo óptico e a perda de campo visual, tem sido a causa mais comum de cegueira irreversível e passível de prevenção no Mundo, estando geralmente associada ao aumento da pressão intraocular. Cerca de 60 milhões de pessoas em todo o Mundo têm glaucoma – dessas, 6 milhões estão cegas – (Jahel et al., 2003; Medgrupo, 2008; Salmon, 2011), enquanto a perspectiva para o ano de 2020 é de que haja 79,6 milhões de pessoas afetadas pela doença (Quigley & Broman, 2006).

O glaucoma pode ser congênito, primário ou secundário, destacando-se o glaucoma primário de ângulo aberto, por ser o caso mais comum (nos EUA, por exemplo, 4,7% da população com mais de 75 anos está afetada), com sua progressãoocorrendo de maneira assintomática e percebida somente quando já houve grande perda do campo visual, assim como no glaucoma primário de ângulo fechado, enfatizando-se que este último pode surgir como uma emergência ocular, caracterizada por início súbito de perda visual, dor intensa, visão de halos, náuseas e vômitos. Os fatores de risco incluem idade avançada, sexo feminino e história familiar de glaucoma (Jahel et al., 2003; Salmon, 2011).

(*) Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

Em pesquisa realizada no Setor de Glaucoma da Universidade Federal de São Paulo, Oliveira, Paranhos Júnior e Prata Júnior (2003) observaram que 63,86% dos pacientes atendidos eram idosos e que o número dentro do total de pacientes em estado avançado do glaucoma era considerável: 41% dos pacientes atendidos pela primeira vez já apresentavam cegueira em um dos olhos e 42,03% sugeriam casos avançados de glaucoma.

O diagnóstico de certeza do glaucoma é feito pelo oftalmologista, através da medida da pressão intra-ocular (tonometria), avaliação do campo visual (capimetria), exame do nervo óptico (fundoscopia) e exame do ângulo camerular (gonioscopia), para avaliar o tipo de glaucoma. Porém, cabe ao clínico fazer o diagnóstico de suspeição (Jahel et al., 2003).

O tratamento do glaucoma pode ser medicamentoso (oral e tópico), a laser e por cirurgia, com a finalidade de baixar o nível da pressão intraocular, uma conduta capaz de controlar a doença (Jahel et al., 2003). O objetivo do tratamento é estabilizar a lesão glaucomatosa, contendo a progressão da patologia, já que a visão perdida não pode ser restaurada e as lesões provocadas pelo glaucoma são irreversíveis (Medgrupo, 2008).

No entanto, observa-se que a não aderência ao tratamento prescrito é marcante entre pacientes com doenças crônicas que usam medicação por tempo prolongado (Costa et al., 2006), entendimento reforçado pelo achado de Oliveira, Paranhos Júnior e Prata Júnior (2003), identificando que o tratamento do glaucoma se mostra associado a um custo elevado em relação à renda familiar.

Neste cenário, a literatura acerca dos processos subjetivosapresentados pelo paciente portador de glaucoma em relação com a doença tem se mostrado escassa, principalmente em território brasileiro. Diante disso, esta pesquisa procurou compreender as vivências emocionais de idosos portadores de glaucoma e de suas famíliasno processo de adaptação ao quadro, identificando fatores facilitadores e desafiosa serem superados.

MÉTODO

Participantes

Os dados aqui apresentados fazem parte de uma pesquisa de cunho qualitativo, que partiu do relato de 12 pessoas, entre estes havendo 7 idosos portadores de glaucoma, que apresentaram uma faixa etária média de 65 anos, e 5 familiares de idosos portadores da mesma doença. A seleção dos participantes se deu por meio de parcerias com a Associação dos Deficientes Visuais do Amazonas, Instituto de Oftalmologia do Amazonas e por meio da rede de contatos de uma das autoras, tendo por quesitos a idade igual ou superior a 60 anos e o diagnóstico da doença para os idosos e ser familiar de idoso portador de glaucoma, convivendo diariamente ou morando com ele ou ela, para os demais.

Material

Na ida a campo foi realizada a coleta interativa de dados através de entrevistas semiestruturadas, com roteiro composto por questões abertas, contemplando aspectos da vivência tais como reações ao diagnóstico, informações acerca dos aspectos clínicos da doença, mudanças no cotidiano, compreensões acerca do tratamento e fatores facilitadores e dificultadores ao processo de adaptação ao quadro.

Procedimento

Os dados foram tratados com os recursos da Análise de Conteúdo em sua versão temática, possibilitando a extração de sentidos e significados a partir da perspectiva dos próprios sujeitos.

RESULTADOS

O diagnóstico tardio

Entre os idososentrevistados e familiares de entrevistados, notou-se a prevalência da busca pela assistência dos serviços médicosem oftalmologia somente a partir do momento em que a já foram sentidas grandes perdas na visão, as quais passaram a prejudicar de maneira incisiva a realização de atividades da vida cotidiana, como se torna possível ilustrar a partir da falado Idoso 7:

> *Eu vivia em palco... quando eu percebi, eu tava [sic] chutando caixa de som no palco, eu tava [sic] levando fio, aí... eu disse 'pô, vou ter que ir no médico' [...] Só que o médico percebeu que a minha... que meu lado direito já tinha ido pro espaço.*

Tornou-se possível relacionar tal comportamento não apenas às características assintomáticas do glaucoma, mas a indícios de uma cultura de pouca atençãoem cuidados à saúde ocular, influenciada pela falta de informação acerca da doença, havendo a necessidade de que a população seja educada quanto aos riscos e cuidados ligados à visão, facilitando, assim, o acesso aos serviços de saúde e diagnóstico precoce do glaucoma, para que as pessoas não cheguem aos serviços médicos já com grandes e irreversíveis alterações visuais (Demarco, Rodrigues, & Demarco, 2002; Gullo, Bernardi, & Kara-José, 1996).

Reações emocionais ao diagnóstico

Observou-se queas reações emocionais ao diagnóstico de glaucoma não ocorrem de forma heterogênea e são influenciadas por diversos fatores, tais como o histórico pessoal

do indivíduo, traços de personalidade, conhecimento acerca da doença e nível de perda visual na situação do diagnóstico.

Notou-se que conforme a perda visual ocorreu de maneira rápida e em maiores níveis, como em crises que não foram tratadas de maneira urgente e adequada, as consequências emocionais para o sujeito apareceram de maneira marcadamente negativa e impactante, principalmente no período referente ao início da relação sujeito-doença, como na fala da Idosa 1:

> *Eu reagi muito mal [...] Não é fácil você enxergar e aí de repente você se deparar no meio da escuridão [...] Eu passei dois meses só deitada ai em cima da cama, que eu não acertava nem ir ao banheiro, nem vestir uma calcinha, nem nada. Dependia tudo dos outros.*

Prior, Francis, Azuara-Blanco, Anand e Burr (2013) indicam a importância de diagnósticos precisos e encaminhamentos apurados ao portador de glaucoma, tendo em vista os casos em que já é grande a perda de visão. Hamelin, Blatrix, Brion, Mathieu, Goemaere e Nordmann (2002) identificaram reações permeadas por ansiedade ou passividade diante do diagnóstico, considerando o momento do diagnóstico como decisivo para a relação médico-paciente, tendo importante implicação para o comprometimento futuro com o tratamento.

Para Mabuchi et al. (2012), a depressão em pacientes com glaucoma está associada à idade mais avançada e o aumento da severidade do glaucoma, enquanto os discursos dos sujeitos desta pesquisa evidenciaramreferências asintomas depressivos ligados àsperspectivas de perdas concretas e simbólicas trazidas pela doença, sentimentos intimamente relacionados com o processo de aceitação de seu aspecto crônico, fazendo com que o tempo de latência para o enfrentamento da patologia aumentasse, com longos períodos de vivências emocionais relacionadas à frustração, dúvidas quanto ao futuro e início da dependência de outras pessoas para a realização de atividades que anteriormente ocorriam de maneira autônoma e individual.

Vivendo com o glaucoma

Significados e desafios. Acerca da vivência subjetiva do glaucoma, mostrou-se possível o reconhecimento de temas que se dispõem como ciclos de acontecimentos e sentimentos, em uma inter-relação de causas provenientes das dificuldades da vida cotidiana com a doença, seguidas de seus desdobramentos emocionais. Identificaram-se intensos sentimentos de perda e constante medo, os primeiros associados a diversos fatores, já o último, relacionado, majoritariamente, à cegueira.

A perda da visão apresentou-se como o grande fator significativo na vivência da doença, compreendida comoa consumação do histórico pregresso de aprendizagens e habilidades, como na fala da Idosa 1 "*a gente fica indefeso, a gente fica como uma criança recém-nascida*". Diante do sentimento de insegurança ligado a tais significados, identificou-se a

necessidade de apoio e suporte em diversas dimensões da vida, havendo a necessidade do desenvolvimento de novas habilidades e modos de viver para que seja iniciada uma nova jornada, entendendo os apontamentos de Dourado e Costa (2006), ao perceberem que a perda da visão durante a vida adulta é acompanhada por outras perdas a nível subjetivo e social.

Apreendeu-se o valor agregado ao sentido da visão, tido, após a perda, o significado de fundamental à da vida, como expressou o Idoso 2 "*pra mim, 3 coisas essenciais no corpo da pessoa é o cérebro, o coração e a visão*". Ressalta-se, neste ponto, a dualidade emergente entre viver sem a visão *versus*morrer, de modo que sintomas depressivos e discursos envolvendo a temática do suicídio foram associados às consequências da perda da visão na vida desses idosos, sendo: a perda da capacidade laboral, com a saída considerada prematura de tais atividades; a perda de capacidade de leitura, de modo que precisaram desistir dos estudos; a perda do seu papel e posição familiar; dificuldade para aceitar o caráter irreversível da doença; a redução da capacidade para lidar com atividades da vida diária, resultando e dependência parcial ou total de outras pessoas; e a redução nas interações sociais e usufruto de lazer, associado às dificuldades relacionadas à falta de empatia e respeito com o deficiente visual no trânsito de vias urbanas, assim como às poucas condições de mobilidade e acessibilidade nas mesmas, que acabam por manter os deficientes visuais retidos seus lares, ocasionando em intensosentimento de solidão.

Assim, entende-se que sentido associado à vivência do glaucoma tem sido permeado por significações de perdas essenciais, dificuldades para aceitar o caráter clínico da doença, em especial a irreversibilidade das perdas visuais, o sentimento de incapacidade e segregação social. Qiu, Wang, Singh e Lin (2014) concordam que quanto maior a gravidade da perda de campo visual, maiores serão as perdas relacionadas atividades da vida diária que dependam das funções física e visual, o que tem impacto direto na qualidade de vida do sujeito portador de glaucoma (Guedes, 2015).

Destaca-se a compreensão de que as vivências da doença entre pessoas cegas e aquelas com perdas visuais parciais parecem marcadas por diferenças, entendendo-se que, em ambos os casos, a forma como o sujeito viverá essas circunstâncias será diretamente influenciada pelos papeis sociais que lhe serão atribuídos, pelo apoio social que recebe e pela relação estabelecida com a equipe médica que o atende ou acompanha.

Facilitadores no processo de adaptação. Compreendeu-se que as associações destinadas a deficientes visuais têm um papel significativo no sentido de promover o aprendizado e redescoberta de habilidades, oferecendo a possibilidade de inserção dos associados em cursos e treinamentos que buscam desenvolver a capacidade do indivíduo para responder às demandas cotidianas, trazendo, desta forma, a chance de recuperação ou reaproximação às condições de independência e autonomia das pessoas com glaucoma, colaborando para que sejam transformados os significados sociais de inutilidade e incapacidade do paciente. Ainda, notou-se que estes são espaços para o possível compartilhamento de experiências entre deficientes visuais, havendo troca de

conhecimentos que podem funcionar como mecanismos de identificação, facilitando o reconhecimento de si mesmo e de outras dimensões da vida para além da perda visual.

Notou-se a relevância do apoio afetivo e financeiro da comunidade e familiares, tendo os últimos aparecido como os principais cuidadores e primeiros contatos com os quais o sujeito pode se sentir confortável para compartilhar seus sentimentos relacionados à doença, minimizando o sofrimento e a vivência de solidão, através da percepção de que há outro que pode ouvi-lo e compreendê-lo, mostrando empatia para com a sua condição.

Como alerta a literatura relacionada ao glaucoma, a aproximação do paciente e de sua família a uma equipe médica que oferece atenção humanizada, escutando e informando de maneira adequada, acaba por proporcionar o melhor conhecimento acerca da doença e a aderência ao tratamento, gerando sentimento de segurança e promovendo bem-estar, ao colaborar para a redução do nível de ansiedade associado à pouca informação acerca do quadro e seu tratamento.

A organização e conhecimento dos ambientes que circula, assim como a vontade de manter-se ativo figuraram como essenciais à adaptação, tendo o fator da religiosidade sido identificado atrelado à esperança de prognósticos favoráveis e ao medo da cegueira.

DISCUSSÃO

A partir do estudo realizado foi possível observar que as reações ao diagnóstico do glaucoma, junto à compreensão de que a doença é irreversível, traz grande impacto emocional ao paciente e sua família, que não de adaptam aos aspectos do quadro clínico de maneira homogênea, sendo diretamente influenciados pelas significações atreladas à doença no cotidiano, ao conhecimento acerca da doença e aos dispositivos de apoio social disponíveis.

Assim, evidenciou-se como essencial para a promoção da qualidade de vida entre os sujeitos a relação positiva com a equipe e serviços médicos, principais fontes de informação acerca da doença e que, no entanto, ainda falham no que diz respeito à atenção dada à pessoa e à família em situação de vulnerabilidade. É necessário que a educação em saúde ocular seja popularizada, buscando evitar os devastadores efeitos negativos que o diagnóstico tardio de glaucoma alastra, intensamente associados a estados depressivos.

Indicam-se estudos no sentido do impacto do fator socioeconômico na vivência do glaucoma, assim como avaliação acerca das questões de gênero envolvidas com o diagnóstico tardio, adesão ao tratamento e enfrentamento da doença. Para além das pesquisas, pensa-se nos meios que a Psicologia tem a oferecer para promoção de saúde e qualidade de vida aos portadores de glaucoma, seja tanto no âmbito ambulatorial e hospitalar, trabalhando na relação médico-paciente, na adesão destes ao tratamento e nas (re)significações da doença, quanto em associações para deficientes visuais, elaborando estratégias de intervenção junto a essas pessoas e suas famílias.

REFERÊNCIAS

Costa, V. P., Spaeth, G. L., Smith, M., Uddoh, C., Vasconcelos, J. P. C., & Kara-José, N. (2006). Patient education in glaucoma: what do patients know about glaucoma? *Arq. Bras. Oftalmol*ogia, *69*, 923-927. doi.org/10.1590/S0004-27492006000600024

Debert, G. G. (2004). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento* (1ª ed.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.

Demarco, A. L. G., Rodrigues, M. D. L. V., & Demarco, L. A. (2002). Perfil oftalmológico de pacientes ingressantes no setor de glaucoma de um serviço universitário. *Medicina (Ribeirao Preto)*, *35*, 478-486.

Dourado, J. S., & Costa, L. D. C. (2006). *Perda da visão e enfrentamento: Um estudo sobre os aspectos psicológicos da deficiência visual adquirida* (Monografia). Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, Brasil.

Duarte, Y. A. de O., & Lebrão, M. L. (2007). Saúde e independência: Aspirações centrais para os idosos. Como estão satisfeitas? In Anita Liberalesso Neri (Org.), *Idosos no Brasil – Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (1ª ed., pp. 191-208). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

Guedes, R. A. P. (2015). Qualidade de vida e glaucoma. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, *74*, 131-132. doi.org/10.5935/0034-7280.20150028

Gullo, R. M., Costa, V. P., Bernardi, L., & Kara-José, N. (1996). Condições visuais de pacientes glaucomatosos em um hospital universitário. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, *59*, 147-150.

Hamelin, N., Blatrix, C., Brion, F., Mathieu, C., Goemaere, I., & Nordmann, J. P. (2002). Comment les patients réagissent-ils à la découverte d'un glaucome? *Journal Français d'Ophtalmologie*, *25*, 795-798. doi: JFO-10-2002-25-8-0181-5512-101019-ART4

Jahel, D. L., Silva júnior, C. F., Silva, K. B. A., Oliveira, J. B. A., Cardoso, C. R. N. M., & Pereira, L. S. (2003). Glaucoma: Conceitos fundamentais para o clínico. *Jornal Brasileiro de Medicina*, *84*, 36-40.

Mabuchi, F., Yoshimura, K., Kashiwagi, K., Yamagata, Z., Kanba, S., Iijima, H., & Tsukahara, S. (2012). Risk factors for anxiety and depression in patients with glaucoma. *British Journal of Ophthalmology*, *96*, 821-825.

Medgrupo. (2008). *Oftalmologia*. São Paulo, SP: Medwriters.

Oliveira, A. D., Paranhos Júnior, A., & Prata Júnior, J. A. (2003). Características dos pacientes atendidos pela primeira vez no Setor de Glaucoma da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, 66,* 785-790. doi.org/10.1590/S0004-27492003000700010

Prior, M., Francis, J. J., Azuara-Blanco, A., Anand, N., Burr, J. M., & Glaucoma screening Platform Study group. (2013). Why do people present late with advanced glaucoma? A qualitative interview study. *British Journal of Ophthalmology*, *97*, 1574-1578. doi: 10.1136/bjophthalmol-2013-303813.

Qiu, M., Wang, S. Y., Singh, K., & Lin, S. C. (2014). Association between visual field defects and quality of life in the United States. *Ophthalmology*, *121*, 733-740. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.09.043

Quigley, H. A., & Broman, A. T. (2006). The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *British journal of ophthalmology*, *90*, 262-267. doi: 10.1136/bjo.2005.081224

Salmon, J. F. (2011). Glaucoma. In D. Vaughan, P. Riordan-Eva, & J. Witcher (Eds.), *Oftalmologia geral de Vaughan & Asbury* (pp. 230-246). Porto Alegre: Artmed.

Zimmerman, G. I. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Suicídio de idosos no Amazonas: Perpetração, tentativa e ideação

DENISE MACHADO DURAN GUTIERREZ (*)
MARIA C. DE SOUZA MINAYO (**)
JOHN E. C. DOS SANTOS (***)
AMANDIA B. LIMA SOUSA (****)
JOSÉ L. PAIS-RIBEIRO (*****)

O aumento da população idosa, tendência que se verifica nas últimas décadas no Brasil e no mundo, traz novos desafios ao sistema de saúde e à capacidade de gerenciamento interno das famílias. Nesse quadro, o suicídio entre idosos tem passado a merecer atenção de diversos pesquisadores e profissionais da assistência à saúde, pela tendência de aumento das taxas, particularmente nesse grupo, o que tem sido verificado mundialmente (WHO, 2007). No Brasil, observa-se um crescimento discreto dos suicídios, sobretudo na população idosa masculina. E das tentativas e ideações, de forma mais proeminente, na população feminina No ano de 2008 se verificou uma média de 9/100 mil para a população idosa, contra 5.8/100 mil para a população em geral (Cavalcante & Minayo, 2012, 2015; Pinto et al., 2012, 2015), com os agravantes psicossociais que a especificam enquanto parte do ciclo da vida em que pesam muitas vulnerabilidades sociais e psíquicas (Paz, Santos, & Eidt, 2006).

Embora o comportamento suicida seja um fenômeno cada vez mais frequente e exija do sistema de assistência, novas formas de prevenção e promoção à saúde, a produção de conhecimento nessa área no que concerne aos idosos no Brasil é muito reduzida: toda a produção se inicia em 2010 (Minayo & Cavalcante, 2010). Encontramos como contribuições seminais estudos recentes liderados pela pesquisadora Maria Cecília Minayo e Fatima Cavalcante que, a partir das propostas de autópsia psicológica de Shneidman (1969, 1981, 2004), desenvolveram o que denominam "autópsia psicossocial" (Cavalcante & Minayo, 2012), pois essas autoras ressaltam que não são apenas os aspectos subjetivos que conformam o comportamento suicida, pois nele se incluem, de forma relevante, a questão social, a histórica de vida e vários fenômenos microssociais e socioambientais. No caso das ideações e tentativas as questões sociais, familiares e biográficas também estão presentes e são de suma importância em qualquer diagnóstico. Por isso costumamos dizer que o comportamento suicida fala mais da vida que da morte.

(*) Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil.
(**) Centro Latino Americano de Estudos da Violência, Rio de Janeiro, Brasil.
(***) Associação Amazonense de Saúde Mental, Manaus, Brasil.
(****) Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Manaus, Brasil.
(*****) Universidade do Porto, Porto, Portugal.

A partir desse grupo de trabalho coordenado por Minayo e que envolveu pesquisadores de todas as regiões brasileiras, e no qual alguns dos autores desse texto estão inseridos, apresentamos os dados empíricos. Estes derivam de coletas de duas pesquisas de âmbito nacional: A primeira intitulada *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde*, e realizada de 2010 a 2012 (Cavalcante & Minayo, 2012) que buscou compreender de uma forma ampla a experiência das famílias que perderam um membro idoso por morte autoinfligida, bem como as circunstâncias e fatores psicossociais que envolveram o evento. A segunda, intitulada *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública,* realizada de 2013 a 2015 (Cavalcante & Minayo, 2015) buscou dar voz ao próprio idoso com ideação persistente ou tentativa de se matar, para que ele tivesse a oportunidade de falar, do seu ponto de vistas, quais tinham sido as razões que os levaram a desejar morrer, planejar fazê-lo ou atentar contra sua vida.

Esses estudos têm mostrado a complexidade do comportamento suicida que, sob todos os aspectos, coloca em relação uma multiplicidade de fatores (psicológicos, sociais, culturais, sociais, biológicos, ambientais e biográficos), que confluem para a efetivação da morte autoinfligida ou para a ameaça à vida. Destacam-se as questões ligadas à saúde mental e aos relacionamentos, em especial, os estados depressivos não tratados; as relações socioafetivas conflituosas na família; a vivência de violências e negligências no percurso da vida; a interação problemática entre diferentes gerações, sobretudo quando idoso é menosprezado ou não reconhecido na convivência; os estados de dependência física; a perda de autonomia pessoal, emocional ou de movimentos; as falhas na atenção à saúde pela dificuldade que os profissionais têm de diagnosticar e de tratar em tempo e com resolutividade os problemas que predispõem ao suicídio.

Os aspectos sociodemográficos envolvidos na questão do suicídio entre idosos não são desprezíveis e demarcam características fundamentais que aparecem associadas aos índices de incidência do fenômeno. Nesse sentido, consideramos como marcadores de vulnerabilidades variadas: faixa de idade, sexo, região de moradia, profissão, escolaridade, local em que o suicídio ou tentativa acontece, religião e etnia.

Observando-se o contexto do envelhecimento, entre os anos 1980 e 2010 o percentual de idosos no Brasil subiu de 6,1% para 10,8% da população total. Na região norte esse acréscimo populacional seguiu a mesma tendência, passando de 4,1% para 6,8%. No estado do Amazonas, essa porcentagem aumentou de 3,8% para 6,0%, havendo atualmente 174.866 pessoas acima de 60 anos, sendo que mais de 50% delas vivem na capital, Manaus (IBGE, Censos demográficos 1980 e 2010).

A cidade de Manaus possui uma história marcada por ciclos econômicos que se sucedem no tempo. No final do século XIX e período da 2ª Guerra Mundial destacou-se a exploração da borracha (Benchimol, 1998) e no final dos anos 1960, o desenvolvimento industrial simbolizado na Zona Franca de Manaus (Salazar, 2004). No auge desses ciclos, a capital atraiu pessoas de diversas regiões do país, fluxos de migrantes do interior e de outros estados da Federação, especialmente das regiões Norte e Nordeste, em busca de empregos e melhores condições de vida.

Na análise dos ciclos econômicos de Manaus, Oliveira (2008) destaca que os processos que marcaram o desenvolvimento da cidade também lhe custaram a destruição da natureza e, frequentemente, o desprezo pela cultura local. Seu desenfreado processo de crescimento não foi acompanhado de políticas públicas adequadas que permitissem um desenvolvimento sustentado. O resultado tem sido, na atualidade, uma cidade com recursos públicos precários que menospreza sua história, sua exuberante natureza e o potencial das pessoas que nela vivem.

Observa-se certa desconexão entre as pessoas e a vida na cidade, quando se investigam seus idosos, sendo possível constatar sua dificuldade de adaptação ao modo de vida urbano contemporâneo. Particularmente, é visível seu sofrimento pelo rompimento da convivência com a família ampliada – algo próprio dessa região – que valorizava o contato com os avós, os tios e os primos. Essa mudança dentre outros motivos tem por causas as grandes distâncias entre os bairros da capital, a cultura do individualismo das novas gerações e a carga de trabalho dos que mantêm as famílias.

Temos como objetivos nesse estudo descrever, analisar e discutir as principais características psicossociais que se destacam num conjunto de idosos que tentaram se matar, ou que de fato se suicidaram no Amazonas entre os anos de 2006 a 2012.

MÉTODO

As pesquisas que geraram os dados ora apresentados são de natureza qualitativa e quantitativa articuladas de forma integrada. Partimos da perspectiva de que as duas dimensões são complementares e indissociáveis quando se trata da abordagem a problemas de altíssima complexidade como é o caso do suicídio em sua forma concreta ou potencial (Gunther, 2006; Minayo, 2015; Minayo & Sanches, 1993).

Participantes

Cinco famílias com composições variadas (mãe, filhos, irmãos, netos e outros) e seis idosos (mais de 60 anos), todos entrevistados em serviços de saúde, ou em seus domicílios, após contato telefônico ou presencial da equipe de pesquisadores têm as seguintes características (Quadro 1).

Material

Utilizamos como principal ferramenta de coleta de dados o formulário para estudo denominado "autópsia psicossocial" (Cavalcante & Minayo, 2012) para análise do suicídio consumado, composto pelas seguintes grandes sessões: contextualização do ambiente local; informações de identificação; perfil pessoal e socioeconômico do idoso e da família; atmosfera do ambiente e das inter-relações em que ocorreu a morte autoinfligida;

repercussões na família. O roteiro para entrevista com a pessoa idosa, além dos dados sociodemográficos, enfatizou a história de vida, o estado de saúde, o sofrimento mental e as razões oferecidas pelo próprio idoso para seu comportamento autodestrutivo.

Quadro 1

Características sociodemográficas dos idosos/Amazonas (Suicídio, Ideação e Tentativas)

Características		*N* (11)	%
Idade (anos)	57-69	8	72,7%
	70-79	2	18,2%
	80-89	1	9,1%
Sexo	Fem.	8	72,7%
	Masc.	3	27,3%
Est. Civil	Viúvo	2	18,2%
	Casado	5	45,5%
	Separado/Divorciado	4	36,4%
Religião	Católica	6	54,5%
	Católica/Espírita	1	9,1%
	Evangélica	1	9,1%
	Não tem	3	27,3%
Escolaridade	Nenhuma	0	0,0%
	1-4 anos	3	27,3%
	5-9 anos	5	45,5%
	10-12 anos	2	18,2%
	Superior	1	9,1%
Ocupação	Agricultor, comerciante, carpinteiro, pedreiro,		
	serviços gerais, do lar, motorista,	9	81,8%
	Técnico em Telefonia	1	9,1%
	Professor	1	9,1%
Renda	Aposentadoria	6	54,5%
	2 a 5 salários	3	27,3%
	Nenhuma	2	18,2%
Número de filhos	Nenhum	2	18,2%
	2 ou 3	3	27,3%
	5 ou +	6	54,5%
Local de Moradia	Urbana	10	90,9%
	Rural	1	9,1%
Situação de moradia	Própria	11	100%
	Outros	0	-

Fonte: Dados empíricos das pesquisas (2012 e 2014).

Procedimento

Os dados qualitativos foram analisados de forma *hermenêutica*, ou seja, buscando-se a compreensão a partir da fala ou das famílias ou das pessoas idosas; e *dialética*, que analisa

as contradições dos discursos e das narrativas (Minayo, 2015). Os dados quantitativos foram analisados com recursos da estatística não paramétrica, de modo a se obterem frequências de distribuição e porcentagens que evidenciassem tendências e permitissem uma melhor caracterização do fenômeno investigado.

RESULTADOS

Os resultados indicam que 73% dos idosos que se mataram, mantiveram ideias suicidas persistentes ou fizeram tentativas de suicídio na primeira fase da velhice situada entre 60 a 70 anos. Essa primeira fase coloca o sujeito em contato com a realidade do envelhecimento, como experiência psicológica e convenção sociocultural, marcadas pela chegada da velhice e da aposentadoria. Os valores e expectativas sociais possuem grande influência sobre a percepção que o sujeito tem do seu envelhecimento. Estudos realizados no Brasil, nessas últimas décadas, sobre os significados atribuídos à velhice não revelaram características positivas (Maia, 2008; Minayo & Coimbra, 2002). Em uma sociedade moderna, cujos valores são atribuídos à jovialidade, estética e adaptação ao novo, a velhice é sentida como período da vida a ser retardado e evitado. Os sentidos atribuídos à velhice se contrapõem ao que se espera de uma pessoa ativa e integrada à vida social. Assim sendo, a velhice vem carregada de sentidos negativos, como dependência, perdas das capacidades cognitivas, lentidão, etc. Essa vivência de negatividade, fortemente relacionada à desesperança e desvalor, também aparece nas histórias de vida dos idosos que consumaram o suicídio, pensaram em se matar, ou fizeram tentativas para tal.

A totalidade dos casos de suicídios consumados é composta por homens. Há necessidade de ampliar a pesquisa incluindo casos de suicídios de mulheres. São poucos os casos registrados e deveriam ser mais bem explorados no contexto amazônico. Na época, entramos em contato, mas não tivemos o retorno dos familiares. Avaliamos essa falta de retorno como resistência dos familiares em participar das entrevistas e retomar histórias de vida bastante dolorosas. Com respeito à ideação e tentativas de suicídio também prevalecem os homens. Já no caso das ideações e tentativas a amostra foi intencionalmente composta por igual número de homens e mulheres para efeitos comparativos.

Com respeito à perspectiva de gênero observa-se a prevalência de famílias de contornos tradicionais. Histórias de vida revelam homens de postura inflexível e pensamento rígido em relação ao gênero. Figuras patriarcais, cujas esposas e filhos são subjugados aos seus desejos. Diversos conflitos conjugais resultam, muitas das vezes, de traição amorosa, da não aceitação da separação conjugal, e da recusa em admitir a autonomia da esposa. Os homens idosos se consideram os principais mantenedores da família, de modo que a perda ou manutenção do trabalho se relaciona intrinsecamente à posição que o idoso ocupa no seio da família.

O peso relativo de uma postura rígida de gênero vulnerabilizando os homens pode ser visto em diversos casos. Segundo relato de uma entrevistada, filha de idoso (80 anos) que se suicidou: "*Meu pai era uma pessoa muito apagada, a minha mãe esvoaçante... Ele não aceitou a separação... Ficou apagado*". Relata como o pai reprovava a conduta social e alegre da esposa, que, segundo ele, não convinha a uma "*mulher de respeito*". Sua contrariedade o levou a abandonar a esposa com filhos pequenos e rachar a família tentando incessantemente puni-la e fazê-la voltar. Até o fim da vida não aceitou a separação.

Em outro caso de suicídio encontramos o idoso (60 anos) que, conforme a esposa entrevistada relata, era homem *"muito orgulhoso, posudo, bonitão*" que perdeu emprego tardiamente na vida sem ter direito à aposentadoria com a qual esteve contando. O acúmulo de responsabilidades financeiras e a falta de oportunidades de recolocação profissional o colocaram num impasse, sem conseguir manter sua posição de provedor da família, como sempre havia feito muito bem; nem manter sua posição de prestígio profissional.

Com relação às ideações e tentativas de suicídio as determinações de gênero aparecem de modos um tanto distintos. Mulheres aprisionadas em funções de cuidado da casa, dos filhos e do marido, marcadas pela pobreza e amordaçadas pelo silenciamento de seus desejos. Como se pode ver no caso da idosa (64 anos), cujo marido é caminhoneiro e alcoólatra. Para evitar que se acidentasse, ela, ocasionalmente, além de suas atribuições no cuidado de 5 filhos, precisava sair de viagem e acompanhá-lo. Até hoje a família legitima essa sua responsabilidade quanto à vigilância do marido insistindo: "*vai mãe, a senhora não pode deixar o pai sozinho...*". Sua principal queixa é nunca ter tido qualquer espaço de realização pessoal, nunca ter experimentado a sensação de fazer algo por si mesma.

As estatísticas gerais, segundo levantamento do total de casos de sujeitos idosos que morreram por suicídio entre 2005 a 2011 (conforme Sistema de Informação de Mortalidade SIM/Fundação de Vigilância da Saúde do Amazonas), indicam a predominância dos homens entre as pessoas que morreram por suicido (no interior 7:1 e na capital 22:2). Em quase todo o mundo os homens são mais vulneráveis à morte autoinfligida e as causas desse viés de gênero são muitas: retirada do emprego, onde eles configuraram sua identidade enquanto cidadãos e trabalhadores e construíram relações pessoais que deixam de existir ou diminuem quando se aposentam; incapacidade de adaptação à nova situação, em que seriam importantes alternativas de atividades e identificação; viuvez em que fica evidente a dificuldade masculina de adaptação no microuniverso familiar; doenças incapacitantes e degenerativas, sobretudo as que acometem o aparelho reprodutor masculino; sentimentos de inutilidade na vida, entre outros (Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012).

No grupo estudado prevalecem as pessoas viúvas e separadas (54%) e as casadas (45%). Sobretudo, para os homens idosos, a perda de pessoas importantes como marido, mulher ou filhos e história de outros suicídios ou tentativas de morte na família são um forte elemento de vulnerabilidade (Figueiredo et al., 2012; Silva et al., 2015).

A religião católica aparece como principal denominação de adesão das pessoas entrevistadas (54,5%), seguida pelas que não têm religião alguma. Embora importante no contexto existencial, nem sempre a religião protege a família e o idoso e isso se observa nas falas deles próprios, a falta de apoio para os momentos críticos que vivenciaram.

A maior parte dos idosos tem escolaridade mínima, curso fundamental completo ou incompleto (45,5%) e desenvolve atividades profissionais pouco especializadas (81,8%). Em toda a pesquisa da qual este estudo faz parte, observamos que tanto os homens como as mulheres com comportamento suicida apresentaram baixa escolaridade (Cavalcante & Minayo, 2012, 2015).

A renda dos idosos cujas histórias aqui são contadas, em sua maior parte provem da aposentadoria (54,5%) ou do benefício de prestação continuada, um abono de um salário mínimo que o governo oferece aos idosos sem recursos de outras fontes; parte significativa deles, porém, não tem recursos assegurados (18,2%) vivendo do apoio financeiro dos parentes. Observa-se no caso brasileiro, que as pessoas idosas mais fragilizadas e vítimas de comportamento suicida são as mais dependentes financeira, física ou mentalmente (Cavalcante & Minayo, 2012, 2015).

O número de filhos dos idosos estudados indica a predominância de famílias numerosas (54,5% com cinco ou mais filhos); que, ao mesmo tempo, não conseguem prover cuidados e acompanhamento necessário aos familiares mais velhos. Uma das maiores queixas das pessoas idosas com persistentes ideações ou que tentaram se matar é o isolamento e a solidão em que vivem, mesmo quando rodeadas de famílias: não lhes atenção ou são negligentes com suas necessidades (Figueiredo et al., 2012; Silva et al., 2015).

O grupo aqui analisado mora predominantemente em área urbana (91%), e tem casa própria (100%). No período que vai de 2005 a 2011, a secretaria de estado saúde de saúde do Amazonas registrou 24 casos de suicídio na capital, Manaus, contra oito distribuídos em diversos municípios do interior. Os registros de tentativas, quando ocorrem, são de mais difícil acesso e reconhecimento.

Em todas as situações verificadas por nós, as pessoas idosas tiveram acesso a serviços de saúde, em especial aos de atenção básica. Em alguns casos, elas receberam cuidados psiquiátricos, estavam com acompanhamento médico e padeciam de diversas comorbidades (cardíacas, respiratórias, motoras, mentais, e outras) associadas a um estado de depressão médio ou severo. Apesar de terem acesso formal aos serviços de saúde, observamos também que os profissionais, por falta de uma orientação específica, têm falhado em detectar e acompanhar de forma eficiente esses idosos em risco para suicídio.

DISCUSSÃO

A abordagem qualitativa mostrou que, tanto no caso dos suicídios consumados cujas circunstâncias foram relatadas pelos familiares, como no comportamento suicida narrado pelos próprios idosos, esses velhos são pessoas tristes, consideradas difíceis de serem suportadas, com quadros dolorosos e debilitantes e que manifestam perda do sentido da vida. Por sua vez, nas suas famílias e na sociedade prevalecem percepções da velhice como momento de estagnação, de perdas e de inutilidade. Ou seja, é como se houvesse por parte do próprio idoso e dos que o cercam, uma esfera lúgubre e sombria que prenuncia a morte.

Encontramos, tanto nos casos de suicídios consumados como em casos de ideação persistente e tentativas de suicídio, um quadro de altíssima vulnerabilidade social. O tipo ideal que emerge dessa análise é o idoso de gênero masculino, está na primeira fase do envelhecimento, é casado ou separado, de religião católica, baixo nível escolar e baixo rendimento familiar, tem vários filhos, mora em área urbana, em casa própria.

Gênero é uma variável importante nas análises de suicídio consumado, mas também como vimos, em casos de ideações e tentativas de homens e mulheres. Identificam-se nos casos, para os homens as perdas de papéis sociais (trabalhador, mantenedor, marido, pai e avô); e para as mulheres, de um lado, a imposição de uma sobrecarga de trabalho e responsabilidades de infindáveis cuidados; e, de outro, a desafirmação pela família do espaço de realização pessoal. Em ambos os casos aspectos de gênero contribuem para o não reconhecimento familiar e social do sujeito e suas necessidades profundas. Essas questões, sem dúvida, fragilizam a identidade de gênero, contribuindo para a ideação, tentativa e consumação do ato suicida.

REFERÊNCIAS

Benchimol, S. (1998). *Exportação da Amazônia Brasileira: 1997*. Manaus: Valer.

Cavalcante, F. G., & Minayom, M. C. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*, 1943-1954. doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002

Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 1655-1666. doi:org/10.1590/1413-81232015206.06462015

Figueiredo, A. E., Silva, R. M., Mangas, R. M., Vieira, L. E., Furtado, H. M., Gutierrez, D. M., & Sousa, G. S. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*, 1993-2002. doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010

Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa x pesquisa quantitativa: Esta é a questão? *Psicologia, Teoria e Pesquisa, 22*, 201-210. doi.org/10.1590/S0102-37722006000200010

Maia, G. F. (2008). Corpo e velhice na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 8*, 704-711.

Minayo M. C. (2015). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14ª ed.). São Paulo: Editora Hucitec.

Minayo, M. C. (2011). Da inteligência parcial ao pensamento complexo: Desafios da ciência e da sociedade contemporânea. *Política & Sociedade, 10*, 41-56. doi: 10.5007/2175-7984.2011v10n19p41

Minayo, M. C., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública, 44*, 750-757. doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020

Minayo, M. C., & Cavalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva, 20*, 1751-1762. doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014

Minayo, M. C., & Coimbra-J.R., C. E. (2002). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Minayo, M. C., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva, 17*, 2665-2674. doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016

Minayo, M. C., Pinto, L. W., Assis, S. G., Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública, 46,* 300-309. doi.org/10.1590/S0034-89102012000200012

Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993). Quantitative and qualitative methods: Opposition or complementarity? *Cadernos de Saúde Pública, 9*, 239-262. doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002

Paz, A. A., Santos, B. R., & Eidt, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem, 19*, 338-42. doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014

Salazar, A. P. (2004). *Amazônia, globalização e sustentabilidade*. Manaus: Editora Valer.

Shneidman, E. S. (1969). *Suicide, lethality and the psychological autopsy*. In E. Shneidman & M. Ortega (Eds.), *Aspects of depression* (pp. 225-249). Boston: Little, Brown.

Shneidman, E. S. (1981). The psychological autopsy. *Suicide Life Threat Behaviour, 11*, 325-340. doi: 10.1111/j.1943-278X.1981.tb01009.x

Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.

Silva, R. M., Mangas, R. M., Figueiredo, A. E., Vieira, L. J., Girliani, S., Cavalcanti, A. M., & Apolinário, A. V. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & saúde coletiva, 20*, 1703-1710. doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015

World Health Organization. (2007). *Mental Health Suicide Prevention* (SUPRE). Genebra: WHO.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Estresse cotidiano e coping em preadolescentes no Nordeste do brasil: Estudo qualitativo

DESIRÉE ABREU (*)
CARME MONTSERRAT (*)
FERRAN CASAS (*)
FERRAN VIÑAS (*)
MÒNICA GONZALEZ-CARRASCO (*)
STEFANIA ALCANTARA (*)

Lazarus (1999) introduz a ideia de "acontecimentos menores" em sua definição de estresse para referir-se aos eventos cotidianos percebidos como estressantes. As contrariedades ou *hassles*, também chamados de micro-estressores diários, por serem mais frequentes e menos notórios que os eventos maiores, induzem menos as ações compensatórias o que poderia torná-los fontes maiores de estresse, quando comparados aos eventos vitais (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981). O efeito acumulativo de experiências cotidianas negativas, aparentemente de pouco importância, é considerado um importante preditor de problemas de saúde (Sandín, 2003).

Crianças são mais vulneráveis às condições adversas que os adultos, de maneira que a qualidade do ambiente físico e social em que crescem, afeta diretamente seu desenvolvimento, aprendizagem, competência social e comportamento (Assis, Avanci, & Oliveira, 2009). Uma investigação com alunos de escolas públicas em Brasil encontrou associações entre consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas e indicadores de estresse psicossocial (Carvalho, Barros, Lima, Santos, & Melo, 2011).

Os estressores cotidianos infantis estão presentes nos âmbitos: familiar (conflitos familiares, separações), escolar (dificuldades de aprendizagem, mudanças de escola), comunitário (violência nobairro) e social (pobreza, discriminação e exclusão social). Entre as variáveis que estão relacionadas com a percepção doestresseestãoo gênero, a idade, a personalidade, os fatores de proteção e de risco e as estratégias de enfrentamento (*coping*), entre outros. Estas são definidas como sendo esforços cognitivos, comportamentais e emocionais que o sujeito faz na tentativa de superar as situações estressantes vividas (Trianes, 2002). Ryan-Wenger (1992) enfatiza a necessidade de desenvolver-se uma teoria de estresse-*coping* específica para a infância, considerando que os estressores das crianças não são os mesmos dos adultos e se referem a situaçõescom pais, professores e amigos, ou ainda a condições socioeconómicas e ambientais desfavoráveis, que estão fora de seu

(*) Institut de Recerca Qualitat de Vida, Universitat de Girona, España.

controle direto. Para compreender-se a adaptabilidade dos estilos e estratégias de enfrentamento ao estressena infância e adolescência énecessário se ter em conta o contexto social e a situação de dependência da criança em relação aos adultos (Compas, 1987). Por vezes, as estratégias chamadas "de evitação" ou aquelas "centradas na emoção" podem funcionar como adaptativas quando, por exemplo, a criança não pode interferir ou mudar a situação estressante; ou ainda, quando esta lhe evoca intensas emociones (Kliewer, 1991). Em Brasil, investigações anteriores demostraram haver relações significativas entre o âmbito em que ocorre o evento estressor (casa, escola, etc.), o tipo de interação (com pares ou adultos) e as estratégias elegidas pelas crianças e adolescentes (Dell'Aglio & Hutz, 2002).

As estratégias de enfrentamento utilizadas por crianças e adolescentes para lidar com o estresse tanto podem moderar o impacto dos eventos estressores aumentando o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida quando são produtivas (Frydenberg & Lewis, 2009), como podem estar associadas à inadaptação socioemocional (Escobar, Trianes, Fernandez-Baena, & Paéz, 2010), comportamento de risco (Morais et al., 2012), baixo rendimento escolar (Busnello, Schaefer, & Kristensen, 2009) e desenvolvimento de psicopatologias (Viñas, González, García, Jane, & Casas, 2012), no caso das estratégias improdutivas. Estudos que investigam a relação entre estresse, *coping* e bem-estar subjetivo na infância e adolescência além de apontar que o estresse interfere no bem-estar das crianças e adolescentes, também demonstram que as estratégias de *coping* utilizadas mudam de acordo com a idade e o género dos participantes (Viñas, González, García, Malo, & Casas, 2015).

No Brasil as investigações sobre estresse e *coping* existentes se centram no sul do país e em sua maioria utilizam metodologia quantitativa, contemplando populações clínicas ou em situação de vulnerabilidade social. Desconhecemos até o presente momento estudos com amostras de população geral do nordeste do Brasil que busquem investigar as estratégias de enfrentamento ao estresse cotidiano, através de uma abordagem qualitativa, e desde a perspectiva das próprias crianças e adolescentes.

O objetivo da pesquisa é conhecer os principais eventos estressores presentes no cotidiano dos pré-adolescentes participantes, bem como as estratégias utilizadas por eles para enfrentar a situação de estresse cotidiano vivenciada.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 150 escolares, 75 meninos e 75 meninas, de 10 a 15 anos, alunos do 6º e 7º ano de escolas públicas e privadas, de zonas urbanas e rurais do Ceará (Brasil). Foram selecionadas por sorteio 8 escolas: 4 públicas e urbanas, 2 públicas e rurais e 2 privadas e urbanas, de 4 municípios distintos, incluindo a capital do estado; considerando a proporção de distribuição das escolas no território. O presente estudo corresponde a parte qualitativa de uma pesquisa mais ampla que envolve metodologias quantitativa e

qualitativa, tendo utilizado como técnica de seleção de amostraa técnica aleatória por conglomerados em duas etapas, selecionando-se primeiro a escola e em seguida o ano escolar. Os critérios de inclusão das escolas foram: a quantidade de alunos matriculados em cada série (superior a 160 alunos), e a distância geográfica entre o município e a capital do Estado (raio máximo de 100 km).

Material

A metodologia adotada foi qualitativa com a realização de 15 grupos de discussão (Ibáñez, 1979). Partimos de um roteiro semiestruturado contendo um primeiro bloco de perguntas sobre eventos estressores, um segundo bloco sobre estratégias de enfrentamento e uma parte final sobre as relações entre o tipo evento estressor e a eleição da estratégia de enfrentamento utilizada.

Procedimentos

Esta investigação é cadastrada na Plataforma Brasil de Pesquisa Científica, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Protocolo n. 545105). Foram respeitados os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos, crianças e adolescentes (Resolução 466/12 − Conselho Nacional de Saúde).

Os gestores das escolas participantes assinaram o*Termo de Concordância Institucional*. Foi necessária a autorização prévia por escrito dos pais/responsáveis legais (*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*) e alunos (*Termo de Assentimento Livre e Esclarecido*), com solicitação expressa de registro de voz (gravação). Para garantir o sigilodurante o debate grupal os participantes elegeram nomes fictícios.

Os grupos de discussão foram realizados nas escolas, nos meses de maio e junho de 2014, durante o horário escolar (turnos manhãe tarde), com duração aproximada de 50 minutos e participação de 6 a 12 alunos, de ambos os sexos, separados por ano escolar. Estiveram presentes duas pesquisadoras, uma responsável por dirigir o debate e outra por observar e registrar informações consideradas relevantes. Os grupos de discussão foram gravados e os áudios transcritos e analisados através da técnica de análise de conteúdo seguindo os passos propostos por Bardin (1979) nas três fases de: pré-análise, exploração do material e tratamento, inferência e interpretação dos resultados; sendo o material textual avaliado por dois juízes independentes. Durante todo o processo foram garantidos o anonimato e a confidencialidade.

RESULTADOS

Os resultados apresentados seguem a mesma sequência dos temas explorados nos grupos de discussão explicados anteriormente (instrumentos). Reserva-se para futuros

estudos as discussões das diferenças de percepções dos participantes relacionadas a idade, contexto e territorialidade da escola.

Eventos Estressores Cotidianos

As definições de estresse foram agrupadas em cinco categorias: *afetos negativos* ("ficar chateado, nervoso, irritado, descontrolado, triste"), *sintomas físicos* ("a gente fica dor de cabeça, de pressão alta"), *fixação em uma ideia o problema* ("muitas preocupações, ficar pensando muito em uma coisa, querer tirar um problema da cabeça ele não sai"), *evento estressor* ("quando acontecem coisas ruins que nós deixaindignados") *e relações conflitivas* ("quando alguém faz alguma coisa que a gente fica com raiva"). Os eventos estressores cotidianos foram classificados de acordo com o âmbito em que ocorrem e as categorias identificadas foram: *familiar* (estressores ocorridos em casa e nas relações com pais, irmãos e demais familiares), *escolar* (relações com colegas, professores e questões referentes ao processo de ensino e aprendizagem), *comunitário* (envolvendo vizinhos, amigos e conhecidos), *pessoal* (situações relacionadas àsaúde, baixa autoestima, insatisfação com a imagem corporal, etc.). Os principais estressores cotidianos vivenciados no *âmbito da família* e relatados pelos participantes foram: as *brigas com os irmãos, ter que obedecer aos pais, privações (falta de liberdade) e punições, solidão ou isolamento social, preocupações financeiras, doença na família e responsabilidades precoces*. No *âmbito escolar* os principais estressores relatados foram: *conflitos com os colegas, privações e punições, baixo rendimento acadêmico, tarefas escolares em excesso*. No *âmbito comunitário* o principal evento estressor identificado foi o *termino de namoro ou amizade com vizinhos*. Os estressores cotidianos relatados no *âmbito pessoal* foram: *falta de liberdade de expressão, dificuldades no acesso ou uso das tecnologias digitais, insatisfação com a aparência física, frustrações e atividades consideradas entediantes*.

Estilos e Estratégias de Enfrentamento do Estresse Cotidiano

Através da análise de conteúdo das respostas apresentadas pelos participantes e tendo como referência a classificação adotada por Ryan-Wenger (1990) agrupamos as estratégias de *coping* em três estilos: *estratégias de distração cognitiva ou comportamental; estratégias ativas direcionadas a solucionar o problema; e estratégias de acting out ou de exteriorização de afetos negativos.* Analisamos ainda, as diferenças em relação às estratégias utilizadas em função do *sexo* dos participantes e do tipo de interação, relação *com pares* ou *com adultos*. Segundo as *meninas* as principais estratégias de *distração* relatadas foram: *ouvir música, ler, comer ou beber em excesso, brincar com o animal de estimação, sair de passeio à praia*. Entre os *meninos* as estratégias de *distração* mencionadas foram: *jogar bola ou ocupar-se brincando ou fazendo esporte, comer ou dormir em excesso, escutar música.* Como estratégias *ativas* para lidar com o problema ou controlar a emoção evocada as *meninas* citaram: *isolar-se, chorar, desabafar nas redes sociais, falar com alguém buscando ajuda e tentar relaxar mantendo a calma*. Os *meninos*

por sua vez, relatam como estratégias *ativas*: *isolar-se, tentar esquecer, pedir desculpa e dizer a verdade, tentar relaxar mantendo a calma.* Como estratégias consideradas de *acting out* tanto *meninas* como *meninos* relatam: *gritar, brigar, ficar furioso, quebrar coisas e implicar com alguém,* com a diferença que os meninos descrevem mais envolvimento em *brigas* e as meninas, atitudes de *gritar e quebrar coisas* como as mais frequentes.

Evento Estressor e Estratégia de Enfrentamento

Quando o evento estressor é vivido *com pares* é frequente a utilização da estratégia de *acting out* (*brigar ou quebrar coisas)*, o que segundo os participantes ocorre menos na interação *com adultos* por *respeito ou medo das punições.* Com os *pares* também é frequente uso de estratégias *ativas* (*isolar-se, buscar ajuda, ver o problema de forma positiva e tentar relaxar mantendo a calma*), não havendo sido relatadas estratégias de *distração*. Na interação *com adultos* as estratégias utilizadas são: *distração cognitiva ou comportamental* (*realizar atividades físicas ou de ócio,ver televisão ou ouvir música, tentar esquecer, dormir, pensar em coisas boas*), *ativas* (*ver o problema de forma positiva, isolar-se e buscar ajuda*) e por último de*acting out* (*ficar furioso*), nesta ordem.A eficácia das estratégias de enfrentamento foi analisada pedindo aos participantes que descrevessem as estratégias consideradas como, *positivas* e*negativas*. As estratégias consideradas como *negativas* são do tipo *acting out* e contemplam: *brigar, quebrar coisas, ficar furioso e gritar,* sendo estas duas últimas também consideradas positivas, por alguns participantes. As estratégias consideradas como*positivas* foram: *ativas* (*buscar ajuda, fazer alguma coisa pra resolver o problema, ver o problema de forma positiva, pedir desculpa e dizer a verdade, isolar-se, chorar, tentar relaxar, mantendo a calma e tentar esquecer*) e *distração* (*comer e beber, ouvir música, desenhar, jogar, brincar ou passear, fazer uso de TICs*).

DISCUSSÃO

Um estudo anteriorencontrou eventos estressores similares presentes no cotidiano de crianças e adolescentes brasileiros, sobretudo nos âmbitos familiar e escolar (conflitos com pais, irmãos e colegas; privações e punições; dificuldades de aprendizagem e pressões acadêmicas) (Kristensen, Leon, D'Incao, & Dell'Aglio, 2004).De maneira geral, meninos e meninas relatam estressarem-se com eventos cotidianos similares, havendo uma diferenciaem função do sexo apenas relacionadaaos estressores de ordem pessoal que afeta mais as meninas, o que corrobora investigações em Espanha sobre bem-estar subjetivo infantil que demostram que adolescentes do sexo feminino são menos satisfeitas consigo mesmas, com sua aparência e liberdade, quando comparadas aos do sexo masculino (Casas, Bello, González, & Aligué, 2013). Quanto as diferencias em função do sexo na utilização das estratégias de enfrentamento, vemos que as meninas utilizam mais estratégias de *acting*

out do tipo agressão verbal ou relacional, enquanto os meninos exteriorizam emoções negativas de forma mais direta; sobretudo nas brigas com pares. Temos ainda, que as meninas utilizam estratégias ativas mais focadas na expressão das emoções e estratégias de distração mais passivas, enquanto os meninos buscam distrair-se fazendo uso do corpo em atividades físicas; achados estes que coincidem com investigações anteriores (Viñas et al., 2012). Quanto à eficácia das estratégias de *coping*, os adolescentes investigados são conscientes que as estratégias *ativas* ou de *distração* são mais positivas, contudo, relatam fazer uso de estratégias de *acting out* em muitas situações estressantes, sobretudo na interação com pares, o queestá demostrado por Dell'Aglio e Hutz (2002).

O desenvolvimento de crianças e adolescentes em ambientes estressores, associado à inabilidade em desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes, configura-se como um fator de risco. Poder identificar os eventos estressantes cotidianos que incidem negativamente nos contextos de desenvolvimento infantil (familiar, escolar e comunitário), conhecendo as estratégias utilizadas pelas crianças e adolescentes para enfrentar tais estressores, contribui a pensar intervenções na prevenção e promoção de saúde e qualidade de vida na infância e adolescência.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com o apoio da CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil. Desirée Pereira de Abreu, Bolsista do Programa de Doutorado Pleno no Exterior CAPES (Processo nº BEX 0715.13.1). Stefania Carneiro de Alcantara, Bolsista do Programa de Doutorado Pleno no Exterior CAPES (Processo nº BEX 0717.13.4).

REFERÊNCIAS

Assis, S. G., Avanci, J., & Oliveira, R. V. C. (2009) Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública*, *43*, 92-100. doi.org/10.1590/S0034-89102009000800014

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Busnello, F. B., Schaefer, L. S., & Kristensen, C.H. (2009). Eventos estressantes e estratégias de coping em adolescentes: Implicações na aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, *13*, 315-323. doi.org/10.1590/S1413-85572009000200014

Casas, F., Bello, A., González, M., & Aligué M. (2013). Children's subjective well-being measured using a composite index: What impacts Spanish first-year secondary education students' subjective well-being? *Child Indicators Research*, *6*, 433-460. doi: 10.1007/s12187-013-9182-x

Carvalho, P. D., Barros, M. V. G., Lima, R. A., Santos, C. M., & Melo, E. M. (2011). Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. *Cadernos de Saúde Pública, 27,* 2095-2105. doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100003

Compas, B.E. (1987).*Coping* with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 101*, 393-403. doi: 10.1037/0033-2909.101.3.393

Dell'Aglio, D. D., & Hutz, C. (2002). Estratégias de coping de crianças e adolescentes em eventos estressantes com pares e adultos. *Psicologia USP, 13*, 203-225. doi.org/10.1590/S0103-65642002000200012

Escobar, M., Trianes, M. V., Fernandez-Baena, F. J., & Páez, J. M. (2010). Relaciones entre aceptación sociométrica escolar e inadaptación socioemocional, estrés cotidiano y afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, *42*, 469-479.

Frydenberg, E., & Lewis, R. (2009). Relations among well-being, avoidant coping, and active coping in a large simple of Australian adolescents. *Psychological Reports*, *104*, 745-758. doi: 10.2466/PRO.104.3.745-758

Ibañez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison or two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 1-39.

Kliewer, W. (1991). Coping in middle childhhod: Relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. *Developmental Psychology, 27*, 689-697.

Kristensen, C. H., Leon, J. S., D'Incao, D. B., & Dell'Aglio, D. D. (2004). Análise da frequência e do impacto de eventos estressores em uma amostra de adolescentes. *Interação em Psicologia, 8*, 45-55. doi.org/10.5380/psi.v8i1.3238

Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion: A new synthesis*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Morais, N.A., Koller, S.H., & Raffaelli, M. (2012). Rede de apoio, eventos estressores e mau ajustamento na vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Universitas Psychologica, 11*, 779-791.

Ryan-Wenger, N. (1990). Development and psychometric properties of the schoolagers' coping strategies inventory. *Nursing Research, 39*, 344-349. doi: 10.1097/00006199-199011000-00005

Ryan-Wenger, N. (1992). A taxonomy of children's *coping* strategies: A step toward theory development. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 256-263. doi: 10.1037/h0079328

Sandín B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. International *Journal of Clinical and Health Psychology, 3*, 141-157.

Trianes, M. (2002). *Estrés en la infancia*. Madrid: Narcea.

Viñas, F. P., González, M. C., García, Y. M., Jane, M. C. B., & Casas, F. A. (2012). Comportamiento perturbador en la adolescencia y su relacióncon el temperamento y los estilos de afrontamiento. *Psicothema***,** *24*, 567-572.

Viñas F. P., González M. C., García Y. M., Malo, S. C., & Casas, F. A. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicologia, 31*, 226-233.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Histórico familiar de câncer de mama, percepção de risco em mulheres saudáveis

ELISA KERN DE CASTRO (*)
CAROLINA SEABRA (*)
MARIA JULIA ARMILIATO (*)
LUÍSA VITAL (*)
MIGUEL LUÍS SOUZA (*)
FRANCIELE CRISTIANE PELOSO (*)
LILIAN VICTÓRIA RIEHL (*)
ANA CAROLINA PEUKER (*)

O cancro de mama (CM) é a neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil, respondendo por cerca de 25% dos novos casos de cancroa cada ano. Segundo o Instituto Nacional do Cancro (INCA, 2015), estima-se 57 120 novos casos no ano de 2015. A incidência do CM aumenta significativamente em mulheres com mais de 50 anos. Além da idade, são fatores de risco para o CM a menarca precoce, a menopausa tardia (após 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos. Fatores comportamentais como, por exemplo, o sobrepeso e o tabagismo, também aumentam as chances da ocorrência do CM. Além disso, a história familiar (genética) é um importante fator de risco para a doença. Estima-se que entre 5e 10% das mulheres com histórico familiar (HF) de CM podem desenvolver a doença ao longo da vida (INCA, 2015).

A análise do HF de CM permite identificar a existência de casos da doença na família com algumas características específicas, a saber: familiares afetados pelo CM por três gerações consecutivas, dois ou mais familiares com diagnóstico no período pré-menopausa, diagnóstico de CM bilateral e ainda caso de cancro em homens. A presença de uma destas características indica que pode haverpredisposição genética à doença na mulher (Amendola & Vieira, 2005). A ocorrência de mutações em determinados genes, em especialmente o BRCA1 e BRCA2 contribuem para a ocorrência da doença. Quando há alteração nesses genes a suscetibilidade pode aumentar em até 35% (INCA, 2015; Pharoah, Day, Duffy, Easton, & Ponder, 1997; Snape et al., 2012). Contudo, a predisposição genética só pode ser confirmada com a realização do exame genético BRCA1 BRCA2 (BRCA, acrónimo de BReast CAncer). Esse exame, no Brasil, não é realizado pelo sistema único de saúde, tem custo elevado e é, portanto, de difícil acesso às mulheres. Há controvérsias entre os especialistas se é útil fazer o exame genético uma vez que apesar de apontar o risco mais elevado de CM nas pessoas portadoras dessas mutações, é discutível o que se pode fazer

(*) Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

diante dessa informação por parte das mulheres. Diante disso, as mulheres com HF de CM podem apresentar uma preocupação exacerbada em relação a sua saúde (Erblich, Montgomery, Valdimarsdottir, Cloitre, & Bovbjerg, 2003). O HF pode influenciar na percepção de risco (PR) para desenvolver a doença, ocasionando preocupações e grande impacto emocional nas mulheres (Gibbons & Groarke, 2015).

A PR é entendida como a compreensão individual da probabilidade de ser acometido por uma doença (crenças de vulnerabilidade) (Molina, Ceballos, Dolan, Albano, & McGregor, 2015; Shiloh, Wade, Roberts, Alford, & Biesecker, 2013). Em geral, mulheres com HF tendem a superestimar o seu risco para o CM em virtude de emoções negativas relacionadas às experiências com o familiar que teve a doença (Heiniger, Butow, Charles, & Price, 2015). Através de consultas de rotina e também da mídia, as mulheres são expostas a inúmeras informações complexas a respeito do risco pessoal de desenvolver o CM, em especial aquelas com HF da doença. Essas mulheres são orientadas sobre a importância de realizar exames de rastreamento como a mamografia e o autoexame, além da frequência adequada de exames clínicos (Peshkin, DeMarco, Brogran, Lerman, & Issacs, 2001).

Nesses casos, o desafio em processar as informações a respeito da prevenção torna-se ainda maior (Hughes et al., 2002). Mulheres com PR exacerbada, em decorrência de HF de CM, quando comparadas a mulheres que não têm o HF, apresentam maiores taxas de repetição a exames de rastreamento (Haber, Ahmed, & Pekovic, 2012). Diante do exposto, este estudo foi desenvolvido para comparar a percepção de risco acerca do CM em mulheres saudáveis com e sem HF da doença (parentesco de 1º e 2º graus).

MÉTODO

Consiste num estudo de comparação de grupos.

Participantes

Participaram 216 mulheres usuárias da atenção primária de uma cidade de grande porte do sul do Brasil (idade *M*=58,94 anos; *DP*=8,87). Destas, 57 mulheres (26,4%) tinham HF de primeiro e/ou segundo grau de CM. A amostra foi selecionada de forma consecutiva entre aquelas que estavam aguardando consultas de revisão na unidade de saúde da mulher e pediatria de um centro de saúde. Foram excluídas mulheres gestantes e com histórico pessoal de cancro de mama.

Material

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: informações quanto a idade, situação conjugal, escolaridade, atividade laboral, histórico clínico, e outros.

Escala de percepção de risco (Figueiras, 2014): escala analógica que varia em intensidade, desde zero (sem risco) a 10 (alto risco). A escala contempla quatro questões sobre o CM, a saber: (1) Em que medida considera que pode contribuir para reduzir o risco de ter cancro de mama? (2) Em que medida considera que está em risco de vir a ter cancro de mama? (3) Comparando-se com uma pessoa da sua idade e sexo, em que medida considera que está em risco de vir a ter cancro de mama? (4) Em que medida considera que o cancro de mama é uma doença grave?

Procedimento

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (Processo número 180/2014), em respeitoà resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa nas salas de espera de consultas do centro de saúde. Elas foram informadas acerca dos objetivos do estudo e todas aquelas que optaram por participar do estudoassinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os instrumentos foram aplicados por pesquisadores treinados, respondidos individualmente em local apropriado. Após o preenchimento, os instrumentos foram colocados em envelopes com códigos numéricos, separados dos TCLE, sem identificação pessoal. Esse procedimento resguarda o sigilo e confidencialidade das informações obtidas.

Os dados foram tabulados e exportados para o programa estatístico SPSS versão 22.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Em seguida, foram realizadas análises inferenciais das variáveis sóciodemográficas e de comportamento em saúde. Foram conduzidas comparações de média dos índices de percepção de risco de mulheres com e sem HF da doença. Na análise de comparação foi utilizado o valor de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Os dados sóciodemográficos da amostra estão descritos no Quadro 1. Tanto o grupo de mulheres com HF de CM (n=57), quanto o grupo sem HF (n=159) apresentaram uma média de idade de 59 anos (DP=8,37 e 9,06, respectivamente). Em relação ao desfecho da doença das familiares com CM, 28,1% (F=16) sobreviveram sem sequelas, 8,8% (F=5) sobreviveram com sequelas (mastectomia), 19,3% (F=11) ainda estavam em tratamento e 43,9% (F=25) faleceram. Os dados acerca dos comportamentos de saúde serão descritos no Quadro 2.

Quadro 1

Dados sociodemográficos

		Com história de CM (*N*=57)		Sem história de CM (*N*=159)	
		F	%	*F*	%
Estado civil	Solteiro(a)	14	24,6	30	18,9
	Casado(a)	17	29,8	68	42,8
	Vive com companheiro(a)	03	5,3	04	2,5
	Separado(a)	14	24,6	37	23,3
	Viúvo(a)	09	15,8	20	12,6
Escolaridade	Até ensino fundamental	15	26,4	58	36,5
	Até ensino médio	25	26,3	81	51,0
	Até ensino superior	17	29,9	20	12,6
Trabalha	Sim	20	35,1	60	37,7
Filhos	Sim	46	80,7	142	89,3

Quadro 2

Dados de comportamentos e cuidados com a saúde

		Com história de CM (*N*=57)		Sem história de CM (*N*=159)	
		M	*DP*	*M*	*DP*
Idade primeira mamografia		36,65 anos	8,73	40,70 anos	9,03
		F	%	*F*	%
Frequência mamografia	Não realiza	3	5,6	6	3,8
	A cada seis meses	3	5,6	13	8,3
	Uma vez por ano	39	72,2	106	67,1
	A cada dois anos ou mais	9	16,7	33	20,9
Frequência ecografia	Não realiza	16	28,1	53	33,8
	A cada seis meses	5	8,8	15	9,5
	Uma vez por ano	26	45,6	57	36,3
	A cada dois anos ou mais	10	17,6	28	17,8
	Conforme solicitado pelo médico / Eventualmente	0	0	4	2,6
Frequência autoexame	Não realiza	13	22,8	51	32,1
	Raramente	16	28,1	30	18,9
	Eventualmente	07	12,3	24	15,1
	Mensalmente	11	19,3	27	17
	Semanalmente	10	17,5	27	17
Consulta com ginecologista	Não realiza	0	0	6	3,8
	A cada seis meses	11	19,6	40	25,3
	Uma vez por ano	37	66,1	94	59,5
	Dois anos ou mais	5	8,9	12	7,6
	Eventual (quando necessário)	3	5,4	6	3,8

Com relação à comparação de médias da percepção de risco entre mulheres com e sem HF, observou-se diferença significativa entre os grupos na questão PR2 ("*em que medida você considera que está em risco de vir a ter cancro de mama?*), em que o escore pontuado pelas mulheres com HF de CM foi maior do que o das mulheres sem HF de CM (t=2,051, p<0,05). Nas demais três questões que abordavam a contribuição pessoal para a redução do risco (PR 1), a comparação do risco de ter a doença com outras mulheres da mesma idade e sexo (PR 3) e a percepção da gravidade do CM (PR 4), constatou-se que as diferenças não foram significativas (p>0,05) (Quadro 3).

Quadro 3

Pontuação na escala de percepção de risco

	Sem história de CM (N=159)		Com história de CM (N=57)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*
PR 1 – Contribuição para a redução do risco de ter CA mama	8,01	2,23	7,93	2,44	-0,21
PR 2 – Estar em risco de ter CA mama	3,96	3,35	5,05	3,67	2,05*
PR 3 – Estar em risco de ter CA mama comparada com outra pessoa	4,78	3,08	5,18	3,12	0,83
PR 4 – Gravidade do CA mama	9,17	1,8	9,42	1,41	0,95
Percepção de risco total	4,98	1,64	5,43	1,74	1,75

Nota. *=p<0,05.

DISCUSSÃO

O objetivo de comparar a percepção de risco do CM de mulheres saudáveis com e sem HF da doença (parentesco de 1º e 2º graus) foi atendido com êxito neste estudo. Os achados revelaram que as mulheres com HF percebiam-se em maior risco de vir a ter CM do que mulheres sem HF. Contatou-se diferença significativa entre os grupos somente na PR 2, na qual as mulheres com HF de CM apresentaram pontuação maior (t=2,05, p<0,05). Quanto às demais questões, que versavam acerca da contribuição pessoal para a redução do risco (PR 1), a comparação do risco de ter a doença em relação a outras mulheres da mesma idade e sexo (PR 3) e a percepção da gravidade do CM (PR 4), não foram observadas diferenças significativas.

As mulheres com HF percebam maior risco geral de vir a ter doença, revelando uma percepção de risco mais ajustada à realidade. Apesar disso, assim como as mulheres sem HF, elas não consideram sua contribuição pessoal na redução do risco. Esse resultado também é relevante em termos de saúde pública, pois as mulheres em geral devem ser

educadas para perceberem sua própria contribuição no controle dos fatores de riscopara o desenvolvimento da doença. Muitas mulheres com HF de CM podem acreditar que nada tem a fazer quanto à prevenção da doença, em virtude da hereditariedade. A adoção de hábitos de vida saudáveis (p. ex., dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, etc.) dependerá, em grande parte, da forma como a mulher compreende os fatores de risco e a etiologia da doença. Novos estudos devem explorar as relações entre o histórico familiar de CM, percepção de risco e suas implicações para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

Amendola, L. C. B., & Vieira, R. (2005). A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 51*, 325-330.

Erblich, J., Montgomery, G. H., Valdimarsdottir, H. B., Cloitre, M., & Bovbjerg, D. H. (2003). Biased cognitive processing of cancer-related information among women with family histories of breast cancer: Evidence from a cancer stroop task. *Health Psychology, 22*, 235-244. doi.org/10.1037/0278-6133.22.3.235

Gibbons, A., & Groarke, A. (2015). Can risk and illness perceptions predict breast cancer worry in healthy women? *Journal of Health Psychology*, 1-11. doi: 10.1177/1359105315570984

Haber, G., Ahmed, N. U., & Pekovic, V. (2012). Family history of cancer and its associations with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American Journal of Public Health*, *102*, 2322-2329. doi: 10.2105/AJPH.2012.300786

Heiniger, L., Butow, P. N., Charles, M., & Price M. A. (2015). Intuition versus cognition: A qualitative exploration of how womenunderstand and manage their increased breast cancer risk. *Journal of Behavioral Medicine*, *38*, 727-739. doi: 10.1007/s10865-015-9632

Hughes, C., Lerman, C., Schwartz, M., Peshkin, B. N., Wenzel, L., Narod, S., . . . Main, D. (2002). All in the family: Evaluation of the process and content of sisters' communication about BRCA1 and BRCA2 genetic test results. *American Journal of Medical Genetics*, *107*, 143-150. doi: 10.1002/ajmg.10110

Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2015). Retrieved from http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

Molina, Y., Ceballos, R. M., Dolan, E. D., Albano, D., & McGregor, B. A. (2015). Perceived breast cancer risk and breast cancer worry among women with a family history of breast cancer: A new perspective a coping as a mediator. *Psycho-Onchology, 24*, 113-116. doi: 10.1002/pon.3587

Peshkin, B. N., DeMarco, T. A., Brogran, B. M., Lerman, C., & Issacs, C. (2001). BRCA1/2 testing: Complex themes in result interpretation. *Journal of Clinical Oncology, 19*, 2555-2565.

Pharoah, P. D. P., Day, N. E., Duffy S., Easton, D. F., & Ponder, B. A. J. (1997). Family history and risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cancer, 71*, 800-809. doi: 10.1002/(SICI)1097-0215(19970529)71:5<800::AID-IJC18>3.0.CO;2-B

Shiloh, S., Wade, C. H., Roberts, J. S., Alford, S. H., & Biesecker, B. B. (2013). Associations between risk perceptions and worry about common diseases: A between and within-subjects examination. *Psychology & Health*, *28,* 434-449. doi: 10.1080/08870446.2012.737464

Snape, K., Ruark, E., Renwick, A., Turnbull, C., Seal, S., Murray, A., . . . Rahman, N. (2012). Predisposition gene identification in common cancers by exome sequencing insights from familial breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment, 134*, 429-433. doi: 10.1007/s10549-012-2057-x

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Histórico familiar: Percepção de risco do cancro de mama em mulheres saudáveis

ELISA KERN DE CASTRO (*)
CAROLINA SEABRA (*)
MARIA JULIA ARMILIATO (*)
LUÍSA VITAL (*)
MIGUEL LUÍS SOUZA (*)
FRANCIELE CRISTIANE PELOSO (*)
LILIAN VICTÓRIA RIEHL (*)
ANA CAROLINA PEUKER (*)

O cancro de mama (CM) é a neoplasia mais comum entre as mulheres no Brasil, respondendo por cerca de 25% dos novos casos de cancroa cada ano. Segundo o Instituto Nacional do Cancro (INCA, 2015), estima-se 57120 novos casos no ano de 2015. A incidência do CM aumenta significativamente em mulheres com mais de 50 anos. Além da idade, são fatores de risco para o CM a menarca precoce, a menopausa tardia (após 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e não ter tido filhos. Fatores comportamentais como, por exemplo, o sobrepeso e o tabagismo, também aumentam as chances da ocorrência do CM. Além disso, a história familiar (genética) é um importante fator de risco para a doença. Estima-se que entre 5 e 10% das mulheres com histórico familiar (HF) de CM podem desenvolver a doença ao longo da vida (INCA, 2015).

A análise do HF de CM permite identificar a existência de casos da doença na família com algumas características específicas, a saber: familiares afetados pelo CM por três gerações consecutivas, dois ou mais familiares com diagnóstico no período pré-menopausa, diagnóstico de CM bilateral e ainda caso de cancro em homens. A presença de uma destas características indica que pode haverpredisposição genética à doença na mulher (Amendola & Vieira, 2005). A ocorrência de mutações em determinados genes, em especialmente o BRCA1 e BRCA2 contribuem para a ocorrência da doença. Quando há alteração nesses genes a suscetibilidade pode aumentar em até 35% (INCA, 2015; Pharoah, Day, Duffy, Easton, & Ponder, 1997; Snape et al., 2012). Contudo, a predisposição genética só pode ser confirmada com a realização do exame genético BRCA1 BRCA2. Esse exame, no Brasil, não é realizado pelo sistema único de saúde, tem custo elevado e é, portanto, de difícil acesso às mulheres. Há controvérsias entre os especialistas se é útil fazer o exame genético uma vez que apesar de apontar o risco mais elevado de CM nas pessoas portadoras dessas mutações, é discutível o que se pode fazer diante dessa informação por parte das mulheres.

(*) Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

Diante disso, as mulheres com HF de CM podem apresentar uma preocupação exacerbada em relação a sua saúde. (Erblich, Montgomery, Valdimarsdottir, Cloitre, & Bovbjerg, 2003). O HF pode influenciar na percepção de risco (PR) para desenvolver a doença, ocasionando preocupações e grande impacto emocional nas mulheres (Gibbons & Groarke, 2015).

A PR é entendida como a compreensão individual da probabilidade de ser acometido por uma doença (crenças de vulnerabilidade) (Molina, Ceballos, Dolan, Albano, & McGregor, 2015; Shiloh, Wade, Roberts, Alford, & Biesecker, 2013). Em geral, mulheres com HF tendem a superestimar o seu risco para o CM em virtude de emoções negativas relacionadas às experiências com o familiar que teve a doença (Heiniger, Butow, Charles, & Price,2015). Através de consultas de rotina e também da mídia, as mulheres são expostas a inúmeras informações complexas a respeito do risco pessoal de desenvolver o CM, em especial aquelas com HF da doença. Essas mulheres são orientadas sobre a importância de realizar exames de rastreamento como a mamografia e o autoexame, além da frequência adequada de exames clínicos (Peshkin, DeMarco, Brogran, Lerman, & Issacs, 2001).

Nesses casos, o desafio em processar as informações a respeito da prevenção torna-se ainda maior (Hughes et al.,2002). Mulheres com PR exacerbada, em decorrência de HF de CM, quando comparadas a mulheres que não têm o HF, apresentam maiores taxas de repetição a exames de rastreamento (Haber, Ahmed, & Pekovic, 2012). Diante do exposto,este estudo foi desenvolvido para comparar a percepção de risco acerca do CM em mulheres saudáveis com e sem HF da doença (parentesco de 1º e 2º graus).

MÉTODO

Trata-se de um estudo de comparação de grupos.

Participantes

Participaram 216 mulheres usuárias da atenção primária de uma cidade de grande porte do sul do Brasil (idade *M*=58,94 anos; *DP*=8,87). Destas, 57 mulheres (26,4%) tinham HF de primeiro e/ou segundo grau de CM. A amostra foi selecionada de forma consecutiva entre aquelas que estavam aguardando consultas de revisão na unidade de saúde da mulher e pediatria de um centro de saúde. Foram excluídas mulheres gestantes e com histórico pessoal de cancro de mama. Os dados sóciodemográficos da amostra estão descritos na Quadro 1. Tanto o grupo de mulheres com HF de CM (*n*=57) quanto o grupo sem HF (*n*=159) apresentaram uma média de idade de 59 anos (*DP*=8,37 e 9,06, respectivamente). Em relação ao desfecho da doença das familiares com CM, 28,1% (*F*=16) sobreviveram sem sequelas, 8,8% (*F*=5) sobreviveram com sequelas (mastectomia), 19,3% (*F*=11) ainda estavam em tratamento e 43,9% (*F*=25) faleceram. Os dados acerca dos comportamentos de saúde serão descritos na Quadro 2.

Quadro 1

Dados sociodemográficos

		Com história de CM (*N*=57)		Sem história de CM (*N*=159)	
		F	%	*F*	%
Estado civil	Solteiro(a)	14	24,6	30	18,9
	Casado(a)	17	29,8	68	42,8
	Vive com companheiro(a)	03	5,3	04	2,5
	Separado(a)	14	24,6	37	23,3
	Viúvo(a)	09	15,8	20	12,6
Escolaridade	Até ensino fundamental	15	26,4	58	36,5
	Até ensino médio	25	26,3	81	51,0
	Até ensino superior	17	29,9	20	12,6
Trabalha	Sim	20	35,1	60	37,7
Filhos	Sim	46	80,7	142	89,3

Material

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos − informações quanto a idade, situação conjugal, escolaridade, atividade laboral, histórico clínico, etc.

Escala de percepção de risco (Figueiras, 2014) − escala analógica que varia em intensidade, desde zero (sem risco) a 10 (alto risco). A escala contempla quatro questões sobre o CM, a saber: (1) Em que medida considera que pode contribuir para reduzir o risco de ter cancro de mama? (2) Em que medida considera que está em risco de vir a ter cancro de mama? (3) Comparando-se com uma pessoa da sua idade e sexo, em que medida considera que está em risco de vir a ter cancro de mama? (4) Em que medida considera que o cancro de mama é uma doença grave?

Procedimentos

O projeto de pesquisa foia provado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (Processo número 180/2014), em respeito à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa nas salas de espera de consultas do centro de saúde. Elas foram informadas acerca dos objetivos do estudo e todas aquelas que optaram por participar do estudoassinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os instrumentos foram aplicados por pesquisadores treinados, respondidos individualmente em local apropriado. Após o preenchimento, os instrumentos foram colocados em envelopes com códigos numéricos, separados dos TCLE, sem identificação pessoal. Esse procedimento resguarda o sigilo e confidencialidade das informações obtidas.

Os dados foram tabulados e exportados para o programa estatístico SPSS versão 22.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas (médias, desvio padrão, frequência, porcentagens). Em seguida, foram realizadas análises inferenciais das variáveis sóciodemográficas e de comportamento em saúde. Foram conduzidas comparações de média dos índices de percepção de risco de mulheres com e sem HF da doença. Na análise de comparação foi utilizado o valor de $p \leq 0{,}05$.

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta informação sobre os comportamentos de saúde

Quadro 2

Dados de comportamentos e cuidados com a saúde

		Com história de CM (*N*=57)		Sem história de CM (*N*=159)	
		M	*DP*	*M*	*DP*
Idade primeira mamografia		36,65 anos	8,73	40,70 anos	9,03
		F	%	*F*	%
Frequência mamografia	Não realiza	03	5,6	06	3,8
	A cada seis meses	03	5,6	13	8,3
	Uma vez por ano	39	72,2	106	67,1
	A cada dois anos ou mais	9	16,7	33	20,9
Frequência ecografia	Não realiza	16	28,1	53	33,8
	A cada seis meses	05	8,8	15	9,5
	Uma vez por ano	26	45,6	57	36,3
	A cada dois anos ou mais	10	17,6	28	17,8
	Conforme solicitado pelo médico / Eventualmente	0	0	04	2,6
Frequência autoexame	Não realiza	13	22,8	51	32,1
	Raramente	16	28,1	30	18,9
	Eventualmente	07	12,3	24	15,1
	Mensalmente	11	19,3	27	17
	Semanalmente	10	17,5	27	17
Consulta com ginecologista	Não realiza	0	0	06	3,8
	A cada seis meses	11	19,6	40	25,3
	Uma vez por ano	37	66,1	94	59,5
	Dois anos ou mais	05	8,9	12	7,6
	Eventual (quando necessário)	03	5,4	06	3,8

Com relação à comparação de médias da percepção de risco entre mulheres com e sem HF, observou-se diferença significativa entre os grupos na questão PR2 ("*em que medida*

você considera que está em risco de vir a ter cancro de mama?), em que o escore pontuado pelas mulheres com HF de CM foi maior do que o das mulheres sem HF de CM (t=2,05, p<0,05). Nas demais três questões que abordavam a contribuição pessoal para a redução do risco (PR 1), a comparação do risco de ter a doença com outras mulheres da mesma idade e sexo (PR 3) e a percepção da gravidade do CM (PR 4), constatou-se que as diferenças não foram significativas (p>0,05) (Quadro 3).

Quadro 3

Pontuação na Escala de Percepção de risco

	Sem história de CM (*N*=159)		Com história de CM (*N=57*)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*
PR 1 − Contribuição para a redução do risco de ter CA mama	8,01	2,23	7,93	2,44	-0,21
PR 2 − Estar em risco de ter CA mama	3,96	3,35	5,05	3,67	2,05*
PR 3 − Estar em risco de ter CA mama comparada com outra pessoa	4,78	3,08	5,18	3,12	0,83
PR 4 − Gravidade do CA mama	9,17	1,8	9,42	1,41	0,95
Percepção de risco total	4,98	1,64	5,43	1,74	1,75

Note. *=p<0,05.

DISCUSSÃO

O objetivo de comparar a percepção de risco do CM de mulheres saudáveis com e sem HF da doença (parentesco de 1º e 2º graus) foi atendido com êxito neste estudo. Os achados revelaram que as mulheres com HF percebiam-se em maior risco de vir a ter CM do que mulheres sem HF. Contatou-se diferença significativa entre os grupos somente na PR 2, na qual as mulheres com HF de CM apresentaram pontuação maior (t=2,05, p<0,05). Quanto às demais questões, que versavam acerca da contribuição pessoal para a redução do risco (PR 1), a comparação do risco de ter a doença em relação a outras mulheres da mesma idade e sexo (PR 3) e a percepção da gravidade do CM (PR 4), não foram observadas diferenças significativas.

As mulheres com HF percebam maior risco geral de vir a ter doença, revelando uma percepção de risco mais ajustada à realidade. Apesar disso, assim como as mulheres sem HF, elas não consideram sua contribuição pessoal na redução do risco.Esse resultado também é relevante em termos de saúde pública, pois as mulheres em geral devem ser educadas para perceberem sua própria contribuição no controle dos fatores de riscopara o desenvolvimento da doença. Muitas mulheres com HF de CM podem acreditar que nada

tem a fazer quanto à prevenção da doença, em virtude da hereditariedade. A adoção de hábitos de vida saudáveis (p. ex. dieta saudável, prática regular de exercícios físicos, etc) dependerá, em grande parte, da forma como a mulher compreende os fatores de risco e a etiologia da doença. Novos estudos devem explorar as relações entre o histórico familiar de CM, percepção de risco e suas implicações para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

Amendola, L. C., & Vieira, R. (2005). A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao cancro de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia, 51*, 325-330.

Erblich, J., Montgomery, G. H., Valdimarsdottir, H. B., Cloitre, M., & Bovbjerg, D. H. (2003). Biased cognitive processing of cancer-related information among women with family histories of breast cancer: Evidence from a cancer stroop task. *Health Psychology, 22,* 235-244. doi.org/10.1037/0278-6133.22.3.235

Gibbons, A., & Groarke, A. (2015). Can risk and illness perceptions predict breast cancer worry in healthy women? *Journal of Health Psychology*, 1-11. doi: 10.1177/1359105315570984

Haber, G., Ahmed, N. U., & Pekovic, V. (2012). Family history of cancer and its associations with breast cancer risk perception and repeat mammography. *American Journal of Public Healthy*, *102*, 2322-2329. doi: 10.2105/AJPH.2012.300786

Heiniger, L., Butow, P. N., Charles, M., & Price M. A. (2015). Intuition versus cognition: A qualitative exploration of how womenunderstand and manage their increased breast cancer risk. *Journal of Behavioral Medicine*, *38*, 727-739. doi: 10.1007/s10865-015-9632

Hughes, C., Lerman, C., Schwartz, M., Peshkin, B. N., Wenzel, L., Narod, S., . . . Main, D. (2002). All in the family: Evaluation of the process and content of sisters' communication about BRCA1 and BRCA2 genetic test results. *American Journal of Medical Genetics*, *107*, 143-150. doi: 10.1002/ajmg.10110

Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2015). Retrieved from http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336

Molina, Y., Ceballos, R. M., Dolan, E. D., Albano, D., & McGregor, B. A. (2015). Perceived breast cancer risk and breast cancer worry among women with a family history of breast cancer: A new perspective a coping as a mediator. *Psycho-Onchology, 24*, 113-116. doi: 10.1002/pon.3587

Peshkin, B. N., DeMarco, T. A., Brogran, B. M., Lerman, C., &Issacs, C. (2001). BRCA1/2 testing: Complex themes in results interpretation. *Journal of Clinical Oncology, 19*, 2555-2565.

Pharoah, P. D. P., Day, N. E., Duffy S., Easton, D. F., & Ponder, B. A. J. (1997). Family history and risk of breast cancer: A systematic review and meta-analysis. I*nternational Journal of Cancer, 71*, 800-809. doi: 10.1002/(SICI)1097-0215(19970529)71:5<800::AID-IJC18>3.0.CO;2-B

Shiloh, S., Wade, C. H., Roberts, J. S., Alford, S. H., & Biesecker, B. B. (2013). Associations between risk perceptions and worry about common diseases: A between and withon-subjects examination. *Psychology & Healthy*, *28,* 434-449. doi: 10.1080/08870446.2012.737464

Snape, K., Ruark, E., Renwick, A., Turnbull, C., Seal, S., Murray, A., . . . Rahman, N. (2012). Predisposition gene identification in common cancers by exome sequencing insights from familial breast cancer. *Breast cancer research and treatment, 134*, 429-433. doi: 10.1007/s10549-012-2057-x

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A saúde da criança contemporânea na percepção do professor

ELISÂNGELA MENEZES (*)
LÁZARA AMANCIO (**)

As marcas do mundo moderno impregnam o cotidiano, muitas informações em pouco tempo, tecnologia, diversões e serviços virtuais. O mundo do homem está sendo atravessado por representações simbólicas. A escola apresenta seus conflitos afetados pelas novas condições humanas e configurações de família. O objetivo da investigação foi analisar as queixas apontadas por professoras em relação à aprendizagem e ao comportamento inadequado da criança contemporânea, em uma escola brasileira.

Lipovetsky (2005) define duas etapas históricas da modernidade, a primeira refere-se ao início da industrialização, quando apenas a burguesia se beneficiava dos avanços industriais, outro momento histórico, caracteriza-se pela facilidade que a população adquire para consumir os bens materiais. Hoje, mesmo que a população não tenha o capital necessário para comprar um bem que julga necessário, os crediários, os cartões e cheques pré-datados facilitam a compra dos bens que antes eram possíveis apenas para a burguesia. O autor refere-se essa segunda etapa da modernidade como a era pós-moralista, onde há uma queda do dever moral pautada na igreja e no temor a Deus. O mundo contemporâneo está fundamentado num outro tipo de dever. No início, o dever era para com Deus, depois passa a ser com a sociedade e agora o homem deve a si mesmo. A modernidade cobra ao homem a responsabilidade de cuidar de si, cuidar da sua saúde, do seu corpo, da sua carreira profissional. O sujeito que desiste da sua própria vida é considerado imoral, pois destrói a si próprio, que é o seu bem maior.

Essas características da sociedade moderna estão sendo transmitidas e percebidas pelas crianças contemporâneas. Na pesquisa de Salgado (2008), a autora descreve a influência dos desenhos animados no processo de construção da subjetividade das crianças e como esses valores permeiam a cultura lúdica. Competir, vencer e poder são as metas a serem perseguidas por crianças.

As crianças são influenciadas pelos modos de subjetivação presente na sociedade e são capazes de absorver a cultura, principalmente quando os adultos desenvolvem e criam entretenimentos específicos para essa faixa etária com todo o colorido e marcas da atualidade. A mídia e a tecnologia atravessam a cultura contemporânea de adultos e

(*) PUC-SP e LAÇOS – Núcleo de Estudos e Reciclagem da Família, Brasil.
(**) UFMT, Brasil.

crianças, principalmente nos aspectos de entretenimento, fornecendo modelos a serem seguidos. A liberdade de expressão trouxe muitos aspectos positivos, assim como os negativos também. Os instrumentos da tecnologia podem ajudar muito na escola e na educação, porém precisam ser incluídos de forma reflexiva e crítica.

A criança moderna tem a capacidade de refletir os aspectos alienadores da cultura do consumo, porém para que ela consiga expressar seus sentimentos e ideias a respeito dessa produção midiática e da política do consumo é preciso que ela seja ouvida, espaço esse, que ainda não conquistou em muitos lugares.

A escola como um dos lugares de aprendizagem pode criar um espaço para inserção da reflexão da cultura do consumo, espaço esse, que não necessita de muitos esforços, apenas permitindo que a criança expresse seu pensamento, seja por meio da oralidade ou da escrita, ouvindo-a e refletindo junto com ela, respeitando a sua percepção do mundo.

Na abordagem sócioconstrutivista, o adulto, de modo geral, e o professor, especificamente, têm um papel fundamental na mediação do processo de construção do conhecimento pelas crianças. O pressuposto da teoria de Vygotsky, Lúria e Leontieve (1991) tem como objetivo sinalizar a importância da mediação do outro no processo de aprendizagem e na construção da subjetividade estabelecida nas relações sociais. Para o autor, a aprendizagem da criança começa antes do processo de escolarização. A criança, ao nascer está inserida numa sociedade, e esta, apresenta-se historicamente construída numa determinada cultura. A perspectiva de aprendizagem nesta abordagem visa à construção da aprendizagem no processo de socialização da criança com as experiências adquiridas ao longo da vida nas interações sociais. A linguagem exerce um papel fundamental, é por meio dela que a comunicação entre a criança e as pessoas que a rodeiam é convertida e transformada em função mental interna. Ou seja, a criança aprende no coletivo, nas atividades sociais, como funções inter psíquicas e depois em atividades individuais, como funções intrapsíquicas.

Para Bakhtin (2006), é a partir do outro que tentamos dar-nos vida e forma, por meio do conceito de dialogismo, a partir da noção de recepção/compreensão de um enunciado. A linguagem do cotidiano, do processo cultural e socialmente construído é fator relevante na formação de um enunciado. O processo de subjetivação perpassa por um diálogo entre muitas vozes. As palavras dos outros vão se adequando a consciência, desse modo, definindo o homem. Ou seja, o processo de subjetivação do homem não é neutro, se faz nas interações sociais, por meio dos discursos, modificando e sendo modificado por meio dos gêneros do discurso, que são os meios de comunicação.

As crianças contemporâneas apresentam o reflexo da sociedade atual, do mundo globalizado, da inserção da tecnologia e não tem como negar que essas crianças apresentam conhecimento prévio e um grau elevado de experiência com a cultura letrada.

O objetivo desaa pesquisa foi analisar e compreender as dificuldades apontadas pelas professoras nos aspectos da aprendizagem e no comportamento das crianças em sala de aula, nos anos iniciais da escolarização e o porquê dos encaminhamentos das crianças para

apoio psicopedagógico, foram encaminhadas quase 50% aproximadamente de alunos por cada série.

MÉTODO

A pesquisa foi realizada na cidade de Rondonópolis, interior do Mato Grosso. Os dados do IBGE de 2008 informam uma população de 181.902 habitantes, numa área de 4.165,23 Km². É um município cuja principal atividade econômica é o agronegócio. As lavouras de algodão e soja, o gado de corte e o leite destacam-se na economia, porém o comércio e a prestação de serviço também contribuem economicamente para a cidade.

Participantes

O número total de sujeitos da pesquisa é dezesseis, sendo cinco professoras e onze crianças indicadas pelas professoras. Sendo duas crianças para cada série, do segundo ao quinto ano do ensino fundamental e três do primeiro ano, na faixa etária entre seis a dez anos. Das onze crianças, sete moram com os pais desde o nascimento e três moram apenas com um dois pais e um foi adotado com cinco anos de idade.

Material

Foram realizadas duas entrevistas e dois questionários individuais com as professoras. A primeira entrevista no início do ano letivo para investigar os motivos dos encaminhamentos das crianças. A segunda no final do atendimento para verificar se houve alguma mudança (e quais foram) em relação às queixas apresentadas pelas professoras. O primeiro questionário contendo quatorze perguntas, o objetivo foi analisar a concepção de ensino e aprendizagem das professoras. O segundo questionário objetivou compreender a concepção de criança; quanto às crianças, cada uma produziu uma história.

Procedimento

Os dados coletados foram organizados, os materiais mais relevantes foram separados para a construção da análise. Por ser uma pesquisa qualitativa, com enfoque na abordagem etnográfica de estudo de casos, muitos materiais foram coletados, porém nem todos os dados foram expostos na pesquisa na íntegra, apenas os mais relevantes para o recorte do problema elaborado. O tempo de pesquisa foi de um semestre letivo.

RESULTADOS

As professoras pesquisadas encontravam-se próximas de uma fase conceituada por Novoa (1992) e colaboradores, como a fase da carreira profissional em que o professor entra em questão, quanto à sua escolha profissional. Nesse período o professor poderá entrar num processo de rotina ou diversificação de sua prática pedagógica. Na entrevista individual, momento reservado para a compreensão do motivo do encaminhamento das crianças para apoio, algumas professoras desviaram do assunto "concreto" e trouxeram questões "latentes", ou seja, comentaram sobre as suas experiências infantis de escolarização. A partir desse dado coletado, foi realizado intervenções para produzir reflexões sobre a infância e a adolescência das professoras contextualizando com a infância e adolescência contemporânea. O resultado dessas reflexões refletiu de forma positiva nas interações em sala de aula.

Nas observações das atitudes das professoras, em sala de aula, concluiu-se que as demonstrações de carinho e atenção, por parte das professoras, são valorizadas pelas crianças. Embora, nem todas as crianças gostam de ser tocadas, preferem outro tipo de demonstração de atenção, assim como cada professora tem um jeito específico de demonstrarem afetividade.

O espaço oportunizado pelo apoio psicopedagógico ofereceu às professoras um suporte e apoio nos momentos de tensão, porém não o suficiente para resolver toda a demanda necessária. Faz-se necessário, mais investigações e reflexões sobre os objetivos e função da instituição escolar, uma reestruturação quanto aos procedimentos metodológicos, e principalmente, quanto à compreensão da criança contemporânea.

Quanto à produção escrita das crianças no apoio, a estratégia utilizada para as crianças produzirem foi fundamentada nos pressupostos teóricos de Bakhtin (2006), tendo em foco, o diologismo e em Vygotsky (2008; Vygotsky et al., 1991), priorizando a mediação.

DISCUSSÃO

O objeto de estudo dessa pesquisa foi analisar e compreender as dificuldades apontadas pelas professoras nos aspectos pedagógico e no comportamento das crianças em sala de aula, nos anos iniciais da escolarização e o porquê dos encaminhamentos das crianças para apoio pedagógico. A pesquisa mostrou, por meio das produções, que as crianças foram capazes de produzir textos com satisfação, assim como apresentaram prazer na leitura. A estratégia de utilizar textos produzidos pelas crianças foi analisar os problemas de aprendizagem relatados pelas professoras referentes à saúde da criança contemporânea, sendo destacado por elas questões de imaturidade, lentidão, falta de atenção, falta de ideia e desmotivação das crianças para as atividades propostas em sala de aula. A produção de textos das crianças revelou com muita clareza o reflexo da sociedade contemporânea e a

preocupação das crianças com os acontecimentos. Os textos mostraram para as professoras a capacidade de escrever com satisfação, diferente das atividades de cópia exigidas nas tarefas de sala de aula. Ou seja, insatisfação com as atividades escolares, especialmente de cópias.

O espaço escolar é múltiplo e necessita de vários olhares e muitas vozes interagindo e atuando de forma que possa atingir o seu objetivo de educar os alunos para serem cidadãos reflexivos e críticos. Os professores exercem um papel fundamental na educação dos alunos, tanto para o conhecimento pedagógico, como para a formação da subjetividade. É uma carga difícil, que exige um equilíbrio emocional sustentável, caso contrário, os alunos que são a razão do trabalho dos professores poderão ter a saúde psíquica comprometida.

Quanto ao comportamento, considerado inadequado pelas professoras e a imaturidade, Winnicott (1982), sinaliza que "uma criança normal, se tem confiança no pai e na mãe, provoca constantes sobressaltos. No decorrer do tempo, procura exercer o seu poder de desunião, de destruição, tenta amedrontar, cansar, desperdiçar, seduzir e apropriar-se das coisas." (p. 256). Ou seja, a criança está em processo de desenvolvimento emocional e ainda não aprendeu a tolerar e dominar os seus instintos. Para Winnicott (1982) a criança "precisa absolutamente viver num círculo de amor e de força (com tolerância consequente)" (p. 257). Isso não significa ser permissivo ou autoritário, e sim ser coerente, ouvir a criança e mostrar as limitações que a vida em sociedade exige. Porém, quando a família fracassa, a criança busca fora de casa essa estabilidade. Assim, "a criança cujo lar não conseguiu dar-lhe um sentimento de segurança procura fora de casa as quatros paredes que lhe faltaram" (p. 257). A questão não é culpar a criança e/ou considerá-la problemática, mas sim compreender que determinadas atitudes fazem parte do processo de desenvolvimento da criança, e a interação da criança com o adulto ou com outras crianças trazem conflitos naturais no processo de subjetivação.

A criança contemporânea difere da criança de décadas passadas por ter a liberdade de expressão. A criança reclama quando a aula está "chata", elogia quando a aula é "agradável". Em décadas passadas, a criança não podia falar, apenas obedecer. Porém, mesmo com a liberdade de expressão, as crianças não conseguiram ainda ser ouvidas e por isso criaram meios para aliviar a sua tensão, mesmo sabendo que teriam de arcar com as consequências como castigo, baixo rendimento escolar ou suspensão. A necessidade de aliviar a tensão quando não é ouvida ou percebida parece ser mais relevante, mais necessária do que as consequências dos fatos.

Alguns impasses "travam" a relação entre os professores e as crianças: por um lado, os professores com a sua concepção de criança ideal, universal, ingênua, sem conhecimento da realidade, sem bagagem cultural, uma criança mística que, em alguns momentos, são 'anjos' e em outros são "demônios". Por outro lado, a criança contemporânea é ativa, inovadoras, com toda a "expertise" para "sobreviver" na cultura escolar, agindo e interagindo, tentando se mostrar, querendo opinar na cultura dos adultos. Esse é o cenário da relação professor e aluno na modernidade, de adulto e criança, ambos com percepções diferentes da realidade, porém com conhecimento riquíssimo para um diálogo e troca de experiência que poderão contribuir para a sociedade se forem articulados e socializados.

A pesquisa permitiu afirmar que o trabalho docente requer um investimento emocional e intelectual, fato esse que não está sendo priorizado na maioria das escolas brasileiras. A discrepância entre a expectativa da escola e a realidade das crianças parece acentuar-se nesse quadro em que se convencionou chamar modernidade.

REFERÊNCIAS

Bakhtin, M. (2006). *Estética da criação verbal* (4ª ed.). São Paulo. Martins Fontes.

Lipovetsky, G. (2005). *A sociedade pós-moralista: O crepúsculo do dever e a ética indolor dos novos tempos democráticos*. Barueri, SP: Manole.

Nóvoa, A. (Org.). (1992). *Vidas de professores* (2ª ed.). Portugal: Porto Editora.

Salgado, R. G., & Jobim e Souza, S. (2008). A criança na idade mídia: Reflexões sobre a cultura lúdica, capitalismo e educação. In M. Sarmento & M. C. Gouvea (Orgs.), *Estudos da infância; educação e práticas sociais.* Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

Vygotsky, L. S. (2008). *Pensamento e linguagem* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S., Lúria, A. R., & Leontiev, A. N. (1991). *Bases psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento.* São Paulo: Editora Moraes.

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo* (6ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Dyadic coping, weness e satisfação conjugal em casais com cancro de mama

ESMERALDA BOIEIRO (*)
IVONE PATRÃO (*)
ANA CARVALHEIRA (*)
EUGÉNIA OLIVEIRA (**)

Até à década de noventa as definições de *stress* e *coping* eram estudadas de forma individual, desde então a sua atenção recaiu no modo como afectam comunidades, famílias e relações conjugais (Bodenmann, 2005). A investigação apesar de ser escassa nesta área e apresentar algumas lacunas, começa a focar-se sobre as estratégias de *coping* utilizadas por um casal para lidar com situações de *stress* (Revenson & Lepore, 2012). Em Portugal pouca investigação tem sido feita para entender o que se passa no seio de uma relação sendo um exemplo o estudo de Vedes, Nussebeck, Bodenmann, Lind e Ferreira (2013).

Numa relação diádica existem três formas de lidar com o *stress*: enfrentamento individual; enfrentamento da díade e apoio social de outros como familiares e amigos. De acordo com o Modelo Transaccional Sistémico de Bodenmann (1995, 2005), o *Dyadic Coping* (DC) é definido, como um processo interpessoal que envolve o casal num momento gerador de *stress*, afectando o casal de uma forma directa ou indirecta, havendo um curto espaço de tempo para resolver a situação desencadeadora de *stress*. O DC está fortemente associado com a satisfação no relacionamento, que segundo Karney e Bradbury (1995), é determinada por vários factores, organizados em variáveis intrapessoais, variáveis interpessoais e variáveis contextuais, podendo levar a um fortalecimento ou declínio da relação. O DC é considerado um compromisso do casal com o intuito de aumentar o bem-estar e qualidade do relacionamento, através de dois caminhos: (1) a redução do *stress* de um ou mesmo de ambos os parceiros; (2) promove senso de *weness* entre o casal. Este não é apenas um mecanismo de redução de *stress*, masum mecanismo de manutenção das relações levando a uma melhor qualidade da mesma (Bodenmann, 1995, 2005).

Desenvolvido por Pacheco (2014), o modelo de *weness* define-o como um processo de interligação de cognições, emoções e comportamentos vividos numa relação, sendo os mesmos manifestados pelo parceiro através de uma relação de unidade interdependente e não como dois sujeitos independentes. Este desenvolve-se de uma forma positiva ao longo do tempo, é uma integração completa com o indivíduo, um sentimento colectivo, no entanto diferenciado, levando a um equilíbrio entre o egocentrismo e a dependência (Aron,

(*) ISPA − Instituto Universitário, Portugal.
(**) ISPA − Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal.

Aron, & Norman, 2001; Reid, Dalton, Laderoute, Doell, & Nguyen, 2006). Maiores sentimentos de *weness*levam a satisfação conjugal, bem-estar físico e psicológico dos conjugues (Pacheco, 2014).

Numa relação diádica, a existência de uma doença crónica como o cancro da mama, de acordo com o Modelo de DC (Bodenmann, 2005), é um stressor diádico directo, apenas um dos cônjuges está doente mas, o outro é de igual modo afectado no mesmo espaço de tempo (Kayser, 2005). Casais que lidam com o cancro da mama de uma forma mútua e colaborativa, têm a sua relação fortalecida e maiores níveis de satisfação com a mesma (Watts et al., 2011).

De acordo com a literatura acima referida, os principais objectivos deste estudo são (a) perceber a relação existente entre DC e sentimentos de *weness* e Satisfação Conjugal em casais com cancro e sem cancro; (b) compreender quais os componentes do DC que mais contribuem para explicar o *weness*e Satisfação conjugal em casais com cancro e sem cancro; e (c) Comparar as variáveis operacionalizadas entre casais com cancro e casais com cancro.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 243 casais, estando estes divididos em 68 casais com cancro e 178 sem cancro. Os participantes apresentam uma média de idades de (*M*=42,5; *DP*=12,8), para as mulheres com cancro e (*M*=41,5; *DP*=12,4) para os seus parceiros, nos casais sem cancro de (*M*=38,1; *DP*=10,2) para as mulheres e (*M*= 39,6; *DP*=10,6) para os parceiros. Nos casais com cancro 73% é casado, nos sem cancro 55% é casado e 15% encontra-se em união de facto. Nos casais sem cancro 78,6% estão empregados, 40,2% tem o secundário e 59,5% tem entre 1 a 3 filhos. Nos casais com cancro 63,2% estão empregados, 40,4% tem o ensino secundário e 64% tem entre 1 a 3 filhos. Nas mulheres com cancro 75% teve cancro de mama como primeiro cancro e 82,4% não apresenta metástases.

Material

Inventário de *Dyadic Coping* (DCI) (Bodenmann, 2008). Avalia a gestão que o casal faz do stress. Traduzido para português por Vedes et al. (2013), é um inventário de auto-resposta composto por 37 itens distribuídos em 9 subdimensões medidos numa escala tipo *Likert* de cinco pontos que varia entre 1 (muito raramente) a 5 (com muita frequência). Segundo Vedes et al. (2013) a escala apresenta um α de *Cronbach* de 0,97 para os homens e 0,70 para as mulheres.

Questionário de *Weness*. Construído por Pacheco (2014), é um questionário de auto-relato composto por 36 itens medidos numa escala tipo *Likert* de 5 pontos que variam entre 1 (nada) a 5 (muito) e quatro questões de resposta rápida. É unidimensional composto por 18 domínios que avaliam o sentimento de *weness*. O questionário mostrou boa consistência interna de 0,75 para as mulheres e 0,82 para os homens (Pacheco, 2014).

Escala de Avaliação da Relação. Elaborada por Hendrick, Dicke e Hendrick (1998) adaptada para a língua portuguesa por Santos, Feijão e Mesquita (2000), revista por Lind (2008) escala unidimensional composta por sete itens que avaliam a satisfação de um casal com o seu relacionamento através uma escala de *Likert* de cinco pontos diferente para cada item. A escala apresenta na versão portuguesa o *α de Cronbach* foi de 0,86 e na escala revista 0,93 para as mulheres e 0,91 para os homens.

Procedimento

A recolha de dados começou por ser realizada no Movimento Viver e Vencer pertencente à Liga Portuguesa Contra o Cancro, foi dada a possibilidade aos participantes de responder ao protocolo no local ou em casa através da disponibilização de um envelope selado com morada. A mesma versão dos questionários foi colocada em suporte *online* tanto para a população com cancro como para a população sem cancro.

Para verificar a relação existente entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*, sendo variáveis ordinais e se tendo verificado os pressupostos de normalidade e homogeneidade. Procurando compreender quais as variáveis do domínio do *DC* que mais contribuem para explicar o *weness* das companheiras e dos companheiros, calculou-se uma análise de regressão múltipla com o método de *Stepwise.* Por último, para verificar a existência de diferenças quanto às variáveis extraiu-se uma amostra aleatória de 68 casais sem cancro realizou-se testes de *Mann-Whitney*.

RESULTADOS

Na Tabela 1 verifica-se a quase inexistência de relações significativas entre as subdimensões do DC e os sentimentos de *weness* nos casais com cancro. Verifica-se a existência de relações significativas e positivas entre as subdimensões positivas e negativas do DC com a satisfação com o relacionamento.

Tabela 1

Relação entre as variáveis weness e satisfação conjugal com as subdimensões do DC nos companheiros e companheiras com e sem cancro

	Weness				Satisfação Conjugal			
	Companheiras		Companheiros		Companheiras		Companheiros	
	Cancro	Sem Cancro	Cancro	Sem Cancro	Cancro	Sem Cancro	Cancro	Sem Cancro
DC Global	-0,10	**0,22****	0,008	**0,25****	**0,45****	**0,51****	**0,64****	**0,55****
CCSP	-0,12	0,05	-0,07	**0,16***	**0,39****	**0,31****	**0,32****	**0,33****
CCSO	**-0,43****	**-0,19****	-0,05	-0,12	0,12	**0,20****	**0,48****	**0,17***
DDC NP	-0,11	0,06	0,09	0,07	**0,43****	**0,27****	**0,47****	**0,44****
DDC NO	0,15	**0,26****	**0,29***	**0,21****	0,18	**0,42****	0,21	**0,43****
DDC PP	-0,17	**0,18***	0,14	0,12	**0,25***	**0,28****	**0,44****	**0,35****
DC PO	-0,01	**0,22****	-0,02	**0,29****	**0,34****	**0,53****	**0,59****	**0,48****
DDC Conjunto	-0,13	**0,30****	-0,02	**0,23****	**0,41****	**0,35****	**0,57****	**0,28****

Nota. **$p \leq 0{,}01$; *$p \leq 0{,}05$.

Tabela 2

Síntese das análises de regressões múltiplas Stepwise para as variáveis do DC que predizem o wenessdas companheiras com cancro

Variável	*B*	*SE B*	*β*
(Constante)	3,88	0,11	
E Comunicação do Stress pelo outro	-0,10	0,03	-0,34

Nota. R^2=0,10; p<.05); *p<0,001; **p<0,01; p<0,05.

Os resultados obtidos, mostram que 10% da variabilidade total do *weness* é explicado pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão, ou seja, pela, comunicação do *stress* pelo Outro, tendo um efeito negativo nos sentimentos de *weness*.

Tabela 3

Síntese das análises de regressões múltiplas Stepwise para as variáveis do DC que predizem o weness nas companheiras sem cancro

Variável	*B*	*SE B*	*β*
(Constante)	3,37	0,22	
DC de conjunto	0,24	0,04	0,44
Comunicação do Stress pelo Outro	-0,20	0,04	-0,34
DC Negativo do Outro	0,16	0,04	0,27
DC Negativo do Próprio	-0,12	0,04	-0,22

Nota. R^2=0,24; p<0,05); *p<0,001; ** p<0,01; p<0,05.

Os resultados obtidos mostram que 25% da variabilidade total do *weness* é explicado pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão, ou seja, Comunicação do Stress pelo Outro, DC Negativo do Próprio, DC Negativo do Outro e DC Conjunto. Estes resultados, parecem indicar que os sentimentos de *weness* diminuem quando as subdimensões Comunicação do Stress pelo Outro e DC Negativo do Outro. E Aumenta quando o DC Conjunto e DC Negativo do Outro aumenta.

Tabela 4

Síntese das análises de regressões múltiplas Stepwise para as variáveis do DC que predizem o weness nos companheiros sem cancro

Variável	*B*	*SE B*	*β*
(Constante)	3,25	0,20	
D DC Negativo do Outro	0,23	0,05	0,33
C Comunicação do Stress pelo outro	-0,11	0,04	-0,20

Nota. R^2=0,10; p<0,05); **p*<0,001; ***p*<0,01; p<0,05.

Os resultados obtidos mostram que 11% da variabilidade total do *weness* é explicado pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão, ou seja, Comunicação do Stress pelo Outro e DC Positivo pelo Outro. Estes resultados parecem, indicar que os sentimentos de *weness* diminuem quando à Comunicação do Stress pelo Outro.

Análise das diferenças

Encontrou-se diferenças significativas quanto ao *weness* dos Casais com cancro e Casais sem cancro (Z=-2,32 p=0,02), sendo este mais elevado nos Casais sem cancro.

DISCUSSÃO

Segundo o modelo transaccional sistémico (Bodenmann, 1995, 2005), o DC promove sentimentos de *weness* entre os parceiros. Os resultados obtidos nos casais com doença crónica não vão ao encontro da literatura. DC e sentimentos de *weness* são processos diferentes, o DC ocorre num contexto específico onde os casais lidam com situações adversas, podendo ou não posteriormente surgir sentimentos de *weness* (Pacheco, 2014). Isto pode ser indicador de o casal apenas trabalha em conjunto na resolução do problema, sendo a relação meramente instrumental, sem qualquer suporte afectivo. O *weness* das esposas com doença crónica aumenta quando há uma diminuição da comunicação do *stress* por parte do parceiro. Não existe literatura que suporte este resultado, o cancro tem uma conotação muito negativa, sendo considerado um grande stressor em comparação com

outros que podem ser desvalorizados por parte das paceiras, pelo que, a não comunicação do mesmo é uma mais-valia para o aumento de sentimentos de pertença ao casal.

Foi encontrada uma relação positiva e significativa entre subdimensões positivas e negativas do DC para casais com cancro e sem cancro. De acordo com a literatura maiores níveis de DC correspondem maiores níveis de satisfação com o relacionamento (Bodenmann, 2005; Pacheco 2014). No entanto, os resultados obtidos por Kardatzke (2009) defendem que estratégias de enfrentamento negativas por parte dos companheiros estão significativamente associadas com a qualidade conjugal do casal. Uma possível explicação está relacionada com a importância que é dada à situação que desencadeou o *stress*, pois indivíduos diferentes têm vivências diferentes e a percepção de apoio prestado, sendo este positivo ou negativo, é visto como uma mais-valia, os casais em si não estão preocupados como a gestão do *stress* é feita, mas apenas nos resultados finais dessa resolução. A comunicação está relacionada com a insatisfação com o relacionamento, pelo que estratégias de comunicação diádicas são imprescindíveis para a manutenção das relações (Karney & Bradbury, 1995).

Na literatura não foram encontrados estudos, que analisassem quais os componentes do DC que predizem os sentimentos de *weness*. Segundo Pacheco (2014), existe escassez de literatura que suporte como as estratégias de DC levam aos sentimentos de *weness*. Nas mulheres com cancro e nos casais sem cancro, pode verificar-se que os sentimentos de *weness* diminuem quando se verifica um aumento da comunicação do *stress* por parte do parceiro. Isto pode querer dizer, que não é o pedido de ajuda que diminui os sentimentos de *weness*, mas sim a forma como a comunicação é feita e percepcionada.

Em relação às diferenças encontradas nas variáveis não existe literatura que foque que a experiência de cancro da mama leve ao aumento dos sentimentos de *weness*. A literatura demonstra, que a existência de sentimentos de *weness* leva a benefícios para a saúde em casais com doenças crónicas, como por exemplo o cancro (Bar, Acetilly, & Taylor, 2007; Kayser, Watson, & Andrade, 2007). Os casais sem cancro embora tenha tenham a percepção que têm sentimentos de *weness*, não agem como tal.

As limitações do presente estudo são a nível metodológico, ou seja, questões de desejabilidade social, o tamanho do protocolo, não ter sido explorado o tempo de relação dos casais. Os pontos fortes prendem-se com o facto de ter sido o primeiro estudo que estuda os preditores de *weness* em população clínica e normativa, e os resultados obtidos podem ser a base para estudos futuros sobre o modo de funcionamento dos relacionamentos na população portuguesa.

REFERÊNCIAS

Aron, A., Aron, N. A., & Norman, C. (2001). Self-expansion model of motivation and cognition in close relationships and beyond. In M. S. Clark & G. J. O. Fletcher (Eds.),

Blackwell handbook in social psychology: Interpersonal processes (Vol. 2, pp. 478-501). Oxford, England: Blackwell.

Badr, H., Acitelli, L. K., & Carmack Taylor, C. L. (2007). Does couple identity mediate the stress experienced by caregiving spouses? *Psychology & Health*, *22*, 211-229. doi.org/10.1080/14768320600843077

Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology, 54*, 34-49.

Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. E. Kayser, & G. E. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-49). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi.org/10.1037/11031-002

Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar (DCI).*Testmanual [Dyadic Coping Inventory (DCI). Test manual]. Bern, Göttingen: Huber &Hogrefe.

Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 137-142. doi: 10.1177/0265407598151009

Kardatzke, K. N. (2009). *Perceived stress, adult attachment, dyadic coping and marital satisfaction of counseling graduate students.* Dissertação de Doutoramento apresentada à Universidade de Carolina Do Norte.

Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118*, 3-34.

Kayser, K. (2005). Enhancing dyadic coping during a time of crisis: A theory-based intervention with breast cancer patients and their partners. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 175-194). Washington, DC: American Psychological Association.

Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, *25*, 404-418.

Lind, W. R. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Pacheco, A. (2014). *Mechanisms of dyadic coping: Implications for interventions* (Monografia de Doutoramento em Psicologia Clínica, Psicologia da Família e Intervenções Familiares). Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Reid, D. W., Dalton, E. J., Laderoute, K., Doell, F. K., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of *weness* and

interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 132*, 241-284. doi: 10.3200/MONO.132.3.241-288.

Revenson, T. A., & Lepore, S. J. (2012). Coping in social context. In A. Baum, T. A., Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (2nd ed., pp. 193-217). New York, NY: Psychology Press.

Santos, M. J., Feijão, M. T., & Mesquita, R. (2000). *Relações entre estilos de vinculação, estilos de resolução de conflito e satisfação nas relações amorosas em mulheres com um relacionamento heterossexual*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Vedes, A., Nussbeck, F. W., Bodenmann, G., Lind, W., & Ferreira, A. (2013). Psychometric properties and validity of the Dyadic Coping Inventory in Portuguese. *Swiss Journal of Psychology/Schweizerisch e Zeitschriftfür Psychologie/Revue Suisse de Psychologie, 72*, 149-157. doi.org/10.1024/1421-0185/a000108.

Watts, K., Sherman, K., Mireskandari, S., Meiser, B., Taylor, A., & Tucker, K. (2011). Predictors of relationship adjustment among couples coping with a high risk of developing breast/ovarian cancer. *Psychology & Health*, *26, 21-39.* doi: 10.1080/08870441003592587

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Qualidade de vida em doentes crónicos portugueses

ESTELA VILHENA (*)
JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (**)
LUÍSA PEDRO (***)
ISABEL SILVA (****)
RUTE F. MENESES (****)
HELENA CARDOSO (*****)
ANTÓNIO MARTINS DA SILVA (*****)
DENISA MENDONÇA (******)

A the World Health Organization, em 1948, define a saúde como estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou de incapacidade, definição que continua a ser a definição oficial. Era centrada no indivíduo isolado e separada quer dos outros indivíduos, quer do meio ambiente. Mais tarde, acrescenta que a Saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da nossa qualidade de vida (QdV), e já não é uma questão que dependa apenas do próprio indivíduo. O QdV é um construto importante, transversal que pode ser aplicado seja na Psicologia seja em qualquer outra área do Campo da Saúde, seja a outras áreas do conhecimento (Pais-Ribeiro, 2004). É multidimensional, com aplicação e relevância para as pessoas, de todas as faixas etárias, de todas as culturas, estatuto socioeconómico e mesmo localização geográfica. A QdV está relacionada com todos os aspetos do bem-estar da pessoa (físico, psicológico e social) (Pais Ribeiro, 2001). O interesse por este conceito tem influenciado, ao longo das últimas décadas, práticas e políticas do sector da saúde. As decisões e os condicionantes associados ao processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. A saúde e as doenças são processos que estão relacionados com aspetos económicos, sociais e culturais. Ano após ano, a esperança de vida tem vindo a aumentar e, com o envelhecimento da população, a prevalência de doenças crónicas aumenta (Agostinho, 2004; Health for All DataBase, 2008). As novas tecnologias, que facilitam diagnósticos e tratamentos, permitem às pessoas viver melhor e durante mais tempo com este tipo de doenças. Uma doença crónica é definida como uma doença prolongada, não se resolve espontaneamente e raramente tem cura (Centers for Diseases Control and Prevention, 2013; Marks, 1998), sendo responsável por alterações na vida das pessoas. Pessoas a quem lhes é diagnosticada uma doença crónica são confrontadas com um conjunto de fatores que resultam em efeitos negativos nas suas atividades quotidianas, funcionamento social, psicológico e atividades recreativas. Após o diagnóstico, muitas pessoas, confrontadas com as alterações e as consequências

(*) IPCA, Escola Superior de Tecnologia, Barcelos, Portugal / EPIUnit, ISPUP, Universidade do Porto, Portugal.
(**) FPCE – Universidade do Porto, Portugal / William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
(***) ESTeSL – Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, Portugal.
(****) Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
(*****) UMIB/ICBAS, Universidade do Porto, Portugal / Hospital Geral de Sto. António, Porto, Portugal.
(******) EPIUnit, ISPUP, Universidade do Porto, Portugal / ICBAS, Universidade do Porto, Portugal.

negativas no seu dia-a-dia, esforçam-se por encontrar novas formas de lidar com o binómio doença-vida-diária de modo a reconstruir um 'novo estilo de vida'. Estas necessitam de ajustamento em vários domínios da vida: o ajustamento é definido como uma resposta a uma mudança no ambiente que permite a que um organismo se adapte adequadamente à mudança. Este, também classificado como satisfação com a vida, boa autoestima, afeto positivo e uma boa QdV. A identificação dos indicadores de QdV podem ajudar a determinar a eficácia comparativa dos diferentes tratamentos e avaliar o impacto do tratamento sobre a vida quotidiana dos doentes (Vieira et al., 2011).

As circunstâncias emocionais dos indivíduos têm sido relacionadas com o funcionamento mental e físico. A experiência emocional é formada por dois fatores: o afeto positivo, que se refere a estados emocionais positivos do indivíduo, tais como alegria, interesse, confiança e agilidade; e o afeto negativo relacionado com estados emocionais negativos, como medo, tristeza, raiva, culpa, desprezo e repugnância (Singh & Jha, 2008).

O suporte social é outro fator que pode contribuir, ou não, para uma melhor QdV. Este é definido como "um processo de vocação interpessoal que é centrado no intercâmbio recíproco de informações e num contexto específico; consiste no apoio emocional e instrumental e pode melhorar a saúde mental" (Finfgeld-Connett, 2005, p. 5). Este traz benefícios para pessoas stressantes (Parker, Baile, De Moor, & Cohen, 2003); em mulheres portadoras do cancro da mama (Manning-Walsh, 2004), o suporte social mostrou-se um bom preditor da QdV. Já o resultado do estudo de Wiczinski, Doring, John, von Lengerke, e Grp (2009), em doentes obesos mostrou que o suporte social está significativamente associado a uma melhor saúde física e mental. Um dos problemas enfrentados pelo sistema de saúde é muitas vezes o incorreto ou o não cumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A adesão aos tratamentos é definida como a medida em que o comportamento de uma pessoa é consistente com as recomendações de saúde (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade (Delgado & Lima, 2001).

O presente estudo teve como principal objetivo testar um modelo teórico, hipotético, que consiste na avaliação do impacto simultâneo da perceção do suporte social, do afeto positivo e negativo e da adesão aos tratamentos nas componentes da QdV (bem-estar geral, saúde física e mental), controlando para um conjunto de fatores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e classificação da sua doença).

MÉTODO

Participantes

Estudo transversal, no qual foi avaliada uma amostra consecutiva de 774 voluntários com doença crónica, recrutados nos principais hospitais de Portugal. 70,5% do sexo

feminino, idade média dos pacientes *M*(*DP*)=42,98 (11,6) anos, nível de educação médio educação *M*(*DP*)=9,6 (4,7) anos e a perceção média da gravidade da doença foi *M*(*DP*)=6,6 (2,8).

Os doentes foram avaliados em consulta, seguindo os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de obesidade, cancro, diabetes, esclerose múltipla ou miastenia gravis, com doença diagnosticada pelo menos 3 anos antes do estudo, (2) idade superior ou igual a 17 anos no momento da entrevista, (3) nível educacional de 6 ou mais anos, (4) ter vida estável com doença controlada; (5) sem perturbações cognitivas.

Material

Os participantes responderam a um questionário autorresposta, estruturado, que incluía um conjunto de variáveis sociodemográficas, clínicas, afeto positivo e negativo, suporte social e adesão aos tratamentos, assim como as variáveis resultado: componentes da QdV.

Variáveis sociodemográficas e clínicas. Os dados sociodemográficos registados neste estudo foram: sexo (S), idade (ID) e anos de escolaridade (E). Os dados clínicos dizem respeito à perceção de gravidade da doença (PD) ("em geral, como classifica sua doença?". Com uma escala crescente de 1 a 11 nada sério, muito sério).

Variáveis psicossociais: Afeto positivo e negativo: O afeto positivo (AP) e o afeto negativo (AN), foram avaliados utilizando a versão Portuguesa validada (Galinha & Pais Ribeiro, 2005) da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), construída por Watson, Clark e Tellegen em 1988. Esta consiste em vinte termos, em que dez refletem as expectativas para o AP e dez para o AN. Foi calculada a média dos itens para obter os valores da escala, onde valores mais altos de AP indicam mais afeto positivo, ou o grau em que o indivíduo se sente mais entusiasmado, ativo e em alerta. Uma maior pontuação de AN indica mais afeto negativo, que reflete os estados de humor aversivos individuais e angústia geral. Os autores do PANAS calcularam os coeficientes α de Cronbach em diferentes amostras, variando entre 0,90-0,96 para AP e 0,84-0,87 para AN. A versão Portuguesa apresenta características semelhantes à original, com um α de Cronbach de 0,86 para o afeto positivo e 0,89 para o afeto negativo.

Suporte social. O suporte social foi avaliado através do Social Support Survey (MOS-SSS) (Pais-Ribeiro & Ponte, 2009; Ponte & Pais Ribeiro, 2008). Este é um questionário autoadministrado, multidimensional, adaptado à população Portuguesa, que avalia várias dimensões do suporte social. O MOS-SSS é composto por quatro subescalas de suporte social distintas: emocional/informativa, interação social tangível, afetuosa e positiva. É também usado um índice geral de suporte social. Todas as subescalas mostraram boa consistência interna e ao longo do tempo com α de Cronbach superiores a 0,91.

Adesão ao tratamento. Para avaliar a adesão ao tratamento foi usada uma versão Portuguesa do questionário (Medida de Adesão aos Tratamentos), com base em estudos

anteriores (Morisky, Green, & Levine, 1986), desenvolvido com sete itens por Delgado e Lima (2001). A pontuação a adesão ao tratamento é a média dos itens em que os valores mais altos significam melhor adesão ao tratamento. A medida mostrou boa consistência interna.

Variáveis resultados: Qualidade de vida. Foi utilizada a dimensão "bem-estar geral" (BEG) resultante do projeto IQOLA (Keller et al., 1998), no qual foi encontrado um fator de segunda ordem, com três componentes do SF-36 [BEG, saúde física (SF) e saúde mental (SM)]. Cada escala é convertida diretamente numa escala de 0-100 na suposição de que cada pergunta carrega igual peso, em que 100 representa o nível mais alto. A versão Portuguesa do MOS SF-36 (Ferreira, 2000) mostra bons níveis de consistência interna (α de Cronbach superiores a 0,70).

Procedimento

Os dados foram recolhidos por Psicólogos após consulta médica e aprovação pelos comitês de ética das instituições onde pertenciam os participantes; todos os participantes forneceram consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Lei Portuguesa e os protocolos das instituições.

Após uma análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas da amostra, utilizou-se o Modelo de Equações Estruturais (SEM) para testar o modelo hipotético, de forma a avaliar o impacto simultâneo do afeto positivo e negativo, apoio social e fatores de adesão ao tratamento na qualidade de vida. É uma técnica multivariada que permite representar, estimar e testar modelos teóricos que envolvem várias relações entre variáveis (observadas e latentes), a fim de compreender os padrões de correlação/covariância entre elas (Tabachnick & Fidell, 1996). Antes de estimar o modelo hipotético, a distribuição de variáveis, tratadas como contínuas, foi analisada para avaliar afastamento significativo da normalidade. Foi aplicado o procedimento de estimação de máxima verossimilhança robusto (Satorra & Bentler, 1994). A adequação do modelo foi avaliada de acordo com índices de ajustamento. Foi usado o teste do qui-quadrado com a correção de Satorra-Bentler como um índice de discrepância entre a matriz de correlação original e a matriz de correlação estimada a partir do modelo (Hu & Bentler, 1999). Um valor de p não significativo (p>0,05) e a razão $\frac{S\text{–}B\chi^2}{df}$ <3 representam um bom ajuste do modelo. Também foram utilizados outros índices de ajustamento: Comparative Fit Index (CFI) obtido a partir da comparação do modelo hipotético com o modelo independente; um valor de CFI>0,90 sugere um bom ajustamento (Bentler, 2007); os valores do Root Mean Square Error Aproximation (RMSEA) (Hoyle, 1995) ajudam a responder à questão de quão bem o modelo se ajusta à matriz de covariância da população; valores menores que 0,05 indicam um bom ajustamento, sendo valores aceitáveis até 0,08 (Kline, 2011; Tabachnick & Fidell, 1996). Os valores de R^2 foram calculados para todos os preditores e variáveis de resultados para determinar a proporção da variância explicada no resultado (Kline, 2011). As análises

foram realizadas com recurso ao *software* EQS 6.1 e foi considerado um nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

As variáveis observadas e latentes avaliadas estão sumariadas no Quadro1.

Quadro 1

Variáveis Observadas e Latentes na avaliação da Qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas

Variáveis Latentes	Variáveis bservadas
Variáveis Psicossociais	
Afeto Negativo (AN)	Q_i Scale of Feelings i=1, …, 10
Afeto Positivo (AP)	Q_i Scale of Feelings i=1, …, 10
Suporte Social (SS)	Afetivo (SSA) Tangível (SST) Interação Social Positiva (SSPSI) Emocional/Informacional (SSEI)
Adesão aos Tratamentos (AT)	Q_i Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos i=1, …, 7
Componentes da QdV	
Bem-estar Geral (BEG)	Saúde Geral (SG) Saúde Vital (SV)
Saúde Física (SF)	FunçãoFísica (FF) DorFísica (DF) Dor Corporal (DC)
Saúde Mental (SM)	DorEmocional (DE) Função Social (FS) Função Mental (MF)

Os resultados do modelo de medida mostraram um ajuste razoável do modelo, $S\text{–}B\chi^2_{682}$=1741,64, p<0,001; $\frac{S\text{–}B\chi^2_{682}}{df}$=2,55; CIF=0,88; RMSEA=0,05, RMSEA (90% IC)= (0,04; 0,05); Todas as cargas fatoriais entre cada um dos indicadores e as variáveis latentes foram estatisticamente significativos, indicando que todos estavam bem representados pelos seus respetivos indicadores. A proporção da variância explicada para cada indicador também foi moderada a alta (valores de R^2 variando 0,3-0,8).

Os resultados do modelo estrutural (Figura 1) mostraram que $S\text{–}B\chi^2_{832}$=2069,27, p<0,001. Os restantes índices de ajustamento do modelo indicam um ajustamento razoável,

$\frac{S\text{–}B\chi^2_{832}}{df}$ =2,49; CIF=0,86; RMSEA=0,05, RMSEA (90% IC=0,04; 0,05). Controlando para as variáveis sociodemográficas e clínicas, os resultados mostraram que, o afeto positivo teve um impacto, estatisticamente significativo, no bem-estar geral (*b*=0,40), na saúde física (*b*=0,09) e na saúde mental (*b*=0,28); a adesão aos tratamentos teve um impacto, estatisticamente significativo, no bem-estar geral (*b*=0,09) e na saúde física (*b*=0,06); o suporte social teve um impacto, estatisticamente significativo, no bem-estar geral (*b*=0,10) ena saúde mental (*b*=0,11). Os resultados mostraram que os pacientes mais ativos, com um melhor suporte social e com uma melhor adesão ao tratamento têm um melhor bem-estar geral; já uma melhor adesão aos tratamentos e um melhor suporte social contribui e uma melhor saúde física; enquanto um melhor suporte social e mais afeto positivo contribuem para uma melhor saúde mental.

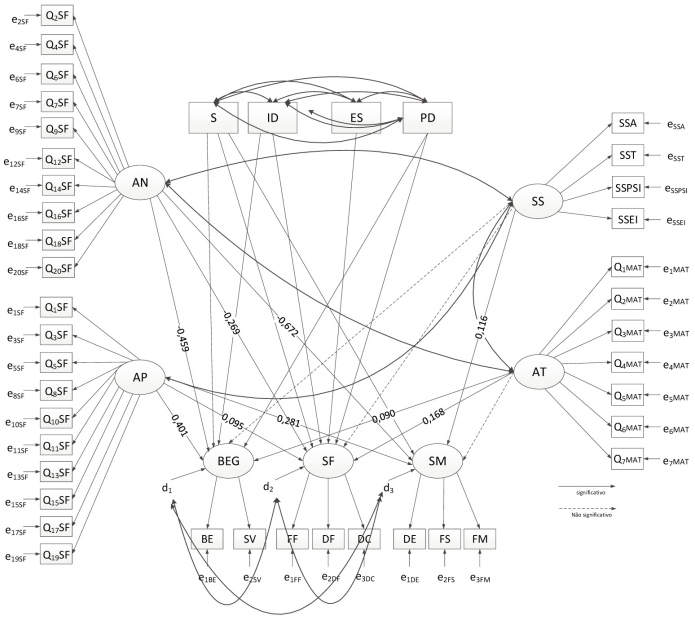


Figura 1. Estimativas estandardizadas – Modelo de Equação Estrutural

DISCUSSÃO

As doenças crónicas são doenças de longa duração e, geralmente, de progressão lenta. Afetam a vida dos doentes e requerem um ajustamento em múltiplos domínios da vida (de

Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008). Tipicamente, estes doentes são responsáveis pela gestão dos fatores psicossociais que contribuem para a sua qualidade de vida.

Os resultados deste estudo sugerem que mais afeto positivo, um melhor suporte social e uma melhor adesão aos tratamentos contribui para uma melhor QdV, nas suas diferentes componentes. Os resultados encontrados são consistentes com os apresentados na literatura; uma melhor adesão aos tratamentos apresenta um melhor bem-estar geral e uma melhor saúde mental (Zimmermann et al., 2011). Em mulheres com cancro da mama (Shelby et al., 2008) e em doentes obesos (Dierk et al., 2006; Wiczinski et al., 2009), o suporte social foi um bom preditor de QdV.

Este trabalho foi pioneiro na tentativa de identificar fatores psicossociais, simultâneos, preditivos da QdV em pessoas com doenças crónicas. Embora alguns resultados sejam consistentes com a literatura, é importante notar que nesta investigação além do grupo de estudo ser constituído por doentes com diferentes tipos de doenças crónicas, existe uma variedade de fatores psicossociais simultâneos. A investigação revela resultados interessantes. Este estudo contribuiu para a compreensão e melhoria dos processos associados à QdV, o que é relevante para apoiar os prestadores de cuidados de saúde de doenças crónicas.

REFERÊNCIAS

Agostinho, P. (2004) Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 6*, 31-36.

Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences, 42*, 825-829. doi: 10.1016/j.paid.2006.09.024

Centers for Diseases Control and Prevention. (2013). *What are chronic diseases?* Available from: http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/chronic.htm

de Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet, 372*, 246-255. doi: 10.1016/S0140-6736 (08)61078-8

Dierk, J. M., Conradt, M., Rauh, E., Schlumberger, P., Hebebrand, J., & Rief, W. (2006). What determines well-being in obesity? Associations with BMI, social skills and social support. *Journal of Psychosomatic Research, 60,* 219-227. doi: org/10.1016/ j.jpsychores.2005.06.083

Delgado, A., & Lima, M. (2001) Contributo para a avaliação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 2*, 81-100.

Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 54*, S57-S60. doi.org/10.1016/S0895-4356 (01)00457-7

Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa, 13,* 55-66.

Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *Journal of Nursing Scholarship, 37,* 4-9. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00004.x

Galinha, I. C., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica 23,* 219-229.

Health for All DataBase (HFA-DB). (2008). *Regional Office for Europe* (5 de maio de 2008). Available from: www.euro.who.int/hfadb

Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: basic concepts and fundamental issues. In R. H. Holy (Ed.), *Structural equation modeling, concepts, issues and applications* (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6,* 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118

Keller, S. D., Ware Jr, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., . . . Gandek, B. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology, 51*, 1179-1188. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00110-3

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Manning-Walsh, J. (2004). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 34,* 482-493. doi: 10.1177/0884217505278310

Marks, J. (1998). Looking back offers perspectives for meeting challenges that lie ahead. *Chronic Disease Notes and Reports, 11*, 2-3.

Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a selfreported measure of medication adherence. *Medical Care, 24*, 67-74. doi: 10.1097/ 00005650-198601000-00007

Pais-Ribeiro, J. (2001). Qualidade de vida e doença oncológica. In M. R. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 75-98). Lisboa: Climepsi Editores.

Pais-Ribeiro, J. (2004) Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition, 23,* 121-130. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00109-2.

Pais-Ribeiro, J., & Ponte, A. C. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*, 163-174.

Parker, P. A., Baile, W. F., De Moor, C., & Cohen, L. (2003). Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology, 12*, 183-193. doi: 10.1002/pon.635

Ponte, A. C., & Pais Ribeiro, J. (2008). Estudo preliminar das propriedades métricas do MOS social support survey. In I. Leal, J. Pais Ribeiro, I. Silva, & Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 53-56.). Lisboa: ISPA.

Satorra, A., & Bentler, P. M. (1994). Corrections to test statistics and standard errors in covariance struture analysis. In A. von Eye & C.Clogg, (Eds.), *Latent variables analysis: Applications for development research.* (pp. 399-419). Thousand Oaks, CA: Sage.

Shelby, R. A., Crespin, T. R., Gregorio, S. M. W. D., Lamdan, R. M., Siegel, J. E., & Taylor, K. L. (2008). Optimism, social support, and adjustment in African American women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 433-444. doi: 10.1007/s10865-008-9167-2

Singh, K., & Jha, S. D. (2008). Positive and negative affect, and grit as predictors of happiness and life satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34,* 40-45.

Tabachnick, B., & Fidell, L. (1996). *Using multivariate statistics* (3rd ed.). New York: Harper Collins College Publishers.

Vieira, P. N., Mata, J., Silva, M. N., Coutinho, S. R., Santos, T. C., Minderico, C. S., . . . Teixeira, P. J. (2011). Predictors of psychological well-being during behavioral obesity treatment in women. *Journal of obesity, 936153*. doi.org/10.1155/2011/936153

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070. doi,org/10.1037/0022-3514.54.6.1063

Wiczinski, E., Doring, A., John, J., von Lengerke, T., & Grp, K. S. (2009). Obesity and health-related quality of life: Does social support moderate existing associations? *British Journal of Health Psychology, 14*, 717-734. doi: 10.1348/135910708X401867

World Health Organization. (1948). *Officials Records of the World Health Organization, 2* (p. 100). United Nations, World Health Organization, Interim Comission. Geneve, CH: World Health Organization.

Zimmermann, C., Burman, D., Swami, N., Krzyzanowska, M. K., Leighl, N., Moore, M., Tannock, I. (2011). Determinants of quality of life in patients with advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 19*, 621-629. doi: 10.1007/s00520-010-0866-1

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A doença à margem da vida: Construindo sentidos de vida com qualidade

FERNANDA ELISA AYMORÉ LADAGA (*)
MURILO DOS SANTOS MOSCHETA (*)

A insuficiência renal crônica é um problema de saúde pública já que tem se observado um aumento na sua incidência e prevalência (National Kidney Foundantion, 2002). A doença renal crônica é considerada uma epidemia global e verifica-se sua incidência em todos os países e populações com suas consequências severas nas vidas dos afetados (Atkins, 2005; Levey et al., 2005). A doença renal crônica acorre quando os rins, órgãos vitais no funcionamento do corpo humano que desempenham a função de filtragem e eliminação de substâncias tóxicas do corpo, param de funcionar. O paciente acometido por Insuficiência Renal Crônica possui uma doença irreversível, cuja evolução é progressiva. Resende et al. (2007) ressaltam a importância da intervenção psicológica no tratamento do paciente renal crônico, uma vez que este se depara com várias limitações e dificuldades. Para Meleti (2009) a assistência psicológica é um auxílio aos pacientes uma vez que os ajudam a encontrar novas perspectivas para sua atual condição, assim como ativam neles estratégias de enfrentamento a fim de resgatar o bem-estar e promover qualidade de vida.

A maioria dos estudos científicos sobre qualidade de vida utilizam-se de inventários e trazem grandes contribuições sobre o tema. Entretanto, assim como todas as pesquisas científicas, demonstram suas limitações. Nesse sentido, é possível perceber a necessidade de se ampliar as investigações sobre os sentidos de qualidade de vida nos doentes renais crônicos em hemodiálise, como forma de complementar e aprofundar as discussões que permeiam este tema. Para além disso um estudo qualitativo consegue explorar questões apontados pelos estudos quantitativos, como por exemplo: "como" essa vida de qualidade de vida é conquistada, vivida.

A partir de um enfoque pós-moderno, norteado epistemologicamente e metodologicamente pelo construcionismo social, esta investigação tem como finalidade descrever os sentidos de qualidade de vida produzidos com pacientes renais crônicos em hemodiálise. Na análise desses sentidos, foram privilegiadas as descrições que articulam a qualidade de vida comas relações que os pacientes estabelecem com seus familiares, com pessoas que fazem parte de sua rede de apoio social e equipe de cuidado. E, por fim, buscou-se identificar quais são os discursos sociais que são predominantemente acionados pelos

(*) Universidade Estadual de Maringá (PPI/UEM), Maringá, Paraná, Brasil.

pacientes para produzir sentido sobre qualidade de vida e quais as suas implicações para o modo como vivenciam o processo de enfrentamento da doença.

MÉTODO

Participantes

Foram realizadas sete entrevistas com pacientes em hemodiálise selecionados a partir da rede de relações dos pesquisadores dentro do serviço. Os participantes voluntários tinham idades que variavam de 65 a 22 anos; cinco eram homens e duas mulheres; e o tempo de tratamento de hemodiálise compreendia em torno de 2 a 12 anos.

Material

O *corpus* foi composto pelo diário de campo e pelas gravações em áudio das entrevistas que foram transcritas na íntegra e literalmente. As análises das entrevistas foram feitas tendo como enfoque principal as práticas discursivas. A partir dessa análise foram construídos quatro núcleos de sentidos: (1) informações sobre o tratamento e a doença; (2) formas de encarar o tratamento e a doença; (3) as relações estabelecidas com a família e a equipe de cuidado; (4) a doença à margem da vida.

Procedimento

Em todos os procedimentos realizados nessa investigação foi assegurado o respeito aos participantes sendo preservado o sigilo no que tange às suas identidades e às informações por eles concedidas. Todos os nomes que aparecerem neste estudo são denominações fictícias, escolhidas aleatoriamente, a fim de preservar o anonimato dos envolvidos neste processo. Antes de iniciar a pesquisa, todos tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com a aprovação institucional documentada em uma Carta de Anuência, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Processo nº 24791013.9.0000.0104).

RESULTADOS

Os núcleos de sentidos ajudam a ressaltar o modo como a qualidade de vida para os doentes renais crônicos está relacionada, de modo bastante estreito, com o processo

interacional que estabelecem com os profissionais e familiares, por meio do qual a informação, a orientação, o suporte e apoio, o tratamento, o trabalho, a fé, o cuidar e a prevenção ganham sentido e um lugar na experiência dos pacientes. No primeiro núcleo de sentidos, a falta de informação e orientação sobre o tratamento e a doença foi relacionada com a dificuldade em ter uma vida de qualidade por Rafael, Miguel e Gabriel. Ao falar deste tema, destacam que a falta ou pouca informação que tiveram e/ou observaram na maioria de seus companheiros de hemodiálise. É a partir da informação que a pessoa pode tanto agir preventivamente, como também reduzir os males causados pela doença. É ela que orienta, aponta caminhos, esclarece, conscientiza, ajuda a criar estratégias de prevenção, e assim, colabora com a promoção de uma vida com qualidade.

Contudo, quando discutem sobre informação e orientação, os pacientes fazem uso de um discurso individualista que favorece a responsabilização individual a partir do entendimento de que a qualidade de vida é o resultado de uma busca do próprio indivíduo. "*Se não assustar a pessoa não vai se cuidar. Ele tem que saber que o negócio é sério, olha se eu soubesse de tantas coisas que eu sei hoje (Miguel)".* A lógica do autocuidado se articula com a noção de responsabilidade individual que pode mascarar as dimensões coletivas, sociais e políticas do adoecimento. É possível perceber muito isso, não somente atrelado nos diálogos com eles, como também em alguns discursos de prevenção e promoção da saúde, que acabam colocando no sujeito a responsabilidade pela própria doença e seus cuidados (Buss, 2000). É como se dissesse "você que não está comendo direito", "você que não tem se cuidado". João é enfático quando diz *"[...] Eu acho que qualidade está com a gente e nem presidente da república dá para a gente".* Ter saúde ganha um sentido de busca individual, dever e responsabilidade do indivíduo. Como podemos ver a descrição e a aplicabilidade do conceito de saúde tem incorporada um viés de poder político, econômico e ideológico que acabam por sustentar condutas e padrões individualistas no convívio social (Buss, 2000).

Nas entrevistas, também pode-se identificar estratégias que resistem ao discurso individualista. Os entrevistados sugerem visitas domiciliares da equipe multidisciplinar junto com outros pacientes, "*Olha visita na casa dos pacientes. Um paciente que está ali meio debilitado. Vou chamar o Rafael para ir comigo, vou chamar ele para ver se ele anima aquele outro paciente (Rafael)".* Referem a construção de uma cartilha explicativa sobre a doença de leitura acessível a todos os públicos. *"Eles falam, mas deveriam ter até uma cartilha. Uma cartilha específica desses assuntos, QUA-LI-DA-DE DE VI-DA (Miguel)".* Outro aspecto elencado é o engajamento político com o próprio adoecimento ao participar de uma associação destinada a esse público, como caminhos que favorecem a construção de redes. Miguel fornece subsídios para se pensar na inserção política, não somente como um meio de adquirir informações e entender seus direitos como doente renal crônico, mas como um lugar a ser ocupado para se posicionar e fazer as exigências necessárias para se ter uma qualidade de vida.

A partir de uma perspectiva cujo enfoque são as práticas conversacionais e as relações, qualidade de vida não pode se restringir somente a uma pessoa, como uma busca individual. Ela é fruto das relações entre as pessoas, que tem enviesado outras relações de

maior amplitude, com a política, a economia, a cultura, a religião. Estar conectado com uma postura política é vivenciar um processo de construção coletiva, e não individual. Estas estratégias de construção conjunta do conhecimento, além de informar, produz efeitos de empoderamento e mobilização em todos os envolvidos. A informação e orientação não serve apenas como um importante instrumental para o autocuidado, mas constitui-se como uma construção coletiva que parte do engajamento dos pacientes uns com os outros. Os entrevistados destacaram: a fé, o exercício físico, o trabalho e o dinheiro como aspectos importantes que os ajudam a encarar a doença e o tratamento. Nesse sentido, os pacientes apresentam uma visão de que a doença, o tratamento e a qualidade de vida decorrente está relacionada com várias dimensões de sua vida – ou seja vai além do corpo físico. Tais aspectos também não deixam de estarem atravessados por um discurso individualista. Como afirma Gabriel *"A pessoa tem que ter responsabilidade, tem que ter respeito, amor a Deus, amor ao próximo está vendo? Então é isso, nós temos que para ter uma qualidade de vida boa, ser assim"*.

O lazer e o dinheiro são recursos obtidos pelo próprio indivíduo, já que como retrata João *"Ninguém vai proporcionar para mim uma viagem de graça, do tipo "você quer ir para tal lugar então eu te pago", ninguém vai fazer isso.* O trabalho também se enquadra dentro desse tipo de pensamento quando e por meio dele que se consegue qualidade de vida. "*E para eu viver com mais qualidade, eu tenho que fazer mais alguma coisa. No meu caso eu tenho que trabalhar mais um pouquinho (Rafael)"*. Esses pontos destacados por eles são colocados como adquiridos por meio de uma busca individual e de responsabilidade própria de cada uma. Apesar de vivermos imersos dentro de uma lógica que difunde um discurso individualista, os co-construtores apresentam em alguns momentos ideias que vão na contramão deste raciocínio. A sugestão de visitas domiciliares da equipe com outros pacientes é um caminho que procura construir redes, na qual a realidade passa a ser construída dentro de uma dimensão relacional coletiva. Rafael é pontual e inovador quando refere que *" [...]em todos os lugares de hemodiálise, teria que ter um programa para pegar os pacientes e levar eles não para puxar cinquenta quilogramas, fazer força, mas eu acho que um exercício"*. Já Chiara acrescenta que faz visitas domiciliares aos seus companheiros de hemodiálise, e que essa prática deveria ser melhor difundida "*eu pego o endereço e vou lá na casa deles. Eu vou, converso, procuro ajudar eles no que eu puder"*.

As relações ganham notoriedade quando eles descrevem sua importância durante todo o processo de adoecimento e suas implicações. É nesse emaranhado de relações que emergem práticas de cuidado estimulantes e favoráveis ao paciente. Isso sinaliza para a relevância das relações e a construção de redes no adoecer, já que promovem a sociabilização, a troca de experiências, ajuda mútua. Nessa direção as relações que os pacientes estabelecem com seus familiares, equipe e a comunidade é outro núcleo de sentido que se destacou nas entrevistas. "O apoio das pessoas que cercam esses sujeitos no nível da família e da sociedade torna-se de grande relevância no sentido de ajudá-los a enfrentar as dificuldades e proporcionar condições de vida mais favoráveis (Ribeiro, 2009, p. 70)". Na fala dos entrevistados essa rede de apoio social imediata fornece subsídios para uma vida melhor, uma vida com qualidade.

Para Castells (1999) rede é definida como sendo um conjunto de nós interconectados. Já rede social é compreendida como um sistema aberto e multicêntrico, e se estabelece por meio de um intercâmbio dinâmico entre os integrantes de um coletivo e com integrantes de outros coletivos. Essa formação de nós interconectados favorece na potencialização de recursos para a criação de novas alternativas que visam a resolução de problemas, satisfação das necessidades, bem como uma aprendizagem compartilhada socialmente (Ribeiro, 2009). Às vezes o exagero de cuidados por parte da família com o doente renal crônico pode se tornar, não só sinônimo de ajuda, mas de fragilidade e incapacidade. Isso incomoda alguns pacientes, como Maria que se mostrou ativa e resolutiva na nossa conversa, relatando que a proximidade às vezes incomoda. *"Até me irrita! Já até pensei em mudar de cidade. Mas, minha mãe falou 'Não...ainda mais agora que você, não sei o que!'. Eu falo 'Ave Maria até parece que eu estou com uma doença grave!"*. No caso de Miguel, as relações e o diálogo com o pai, o pessoal da igreja e a psicóloga, o ajudaram a organizar a vida em uma época que estava tudo "*uma bagunça*". Os entrevistados referem a necessidade de uma aproximação da equipe multidisciplinar com os familiares. Rafael também sinaliza para a importância do contato direto entre pacientes fora das paredes da sala de hemodiálise, para ele é uma possibilidade de se criar pontes entre experiências, facilitando uma troca rica de vivências transformadoras e inovadoras. Criam-se novas realidades a partir de uma convivência vivida no coletivo.

No quarto núcleo de sentido, os entrevistados abordaram conteúdos que descrevem histórias de vida que a doença não limitava. De acordo com White e Epston (1993), quando uma história dominante está saturada por problemas, a pessoa se identifica como sendo o próprio problema, e isso tem efeitos negativos em sua vida. Ela é tão poderosa que reprime outras histórias que evidenciam habilidades, competências, capacidades e conhecimentos (White & Epston, 1993). Na vida de Chiara a história da doença saturada de problemas não se tornou dominante. Ela descreve situações de viagem, festa, trabalho, passeio, isto é, narrativas que enaltecem suas qualidades, competências e habilidades. Histórias que se opõe a uma ideia sustentada cultural e socialmente, de que o doente é debilitado, incapaz, inválido. Quando as ações são motivações internas, direcionadas por crenças e valores individuais, a falha ou o déficit também estão localizados internamente, e por isso a pessoa se torna responsável por suas ações (McNamee, 2006). De tal forma, se tal ação é inadequada ou errada, o único culpado é quem a praticou. A disfunção reside na pessoa. "Minha falha é minha incapacidade" (McNamee, 2006, p. 8). Os déficits se referem às falhas, os defeitos, as limitações, que são valorizadas culturalmente e socialmente. É o indivíduo que deve ser o centro de reparações ou ajustamentos, quando seus sentidos e ações não estão alinhados com as normas culturais e sociais (Gergen, 2007). Estabelecer a doença como única narrativa na vida dos pacientes pode ser perigoso, já que limita possibilidades, exclui e oprime. Maria reluta para não ser identificada por uma única história, a da doença. Limpar a casa das irmãs, lavar roupas, fazer seu próprio arroz, sair, entre outras histórias, descrevem Maria multi-historiada. Ela não é apenas a história da doença, que compreende suas impossibilidades, dificuldades, tratamento e mudanças em sua vida.

Maria é aquela que narra suas histórias cheia de ironia, brincadeiras e risadas. Não nega sua história da doença, mas escolhe valorizar suas outras histórias. É possível perceber que Maria interpreta o momento que está vivendo por outro enfoque e que amplia outras narrativas. Tanto Maria, Chiara, Rafael, Miguel e João quando fazem referências de não serem tratados como doentes, inválidos, tentam mostrar aos outros, histórias diferentes das que são dominantes cultural e socialmente, em que oprime e generaliza o doente como inválido, incapacitado, frágil e inadaptável. Narrativas estas saturadas de problemas, que precisam deixarem de terem influências e poderes em suas vidas, já que são homogeneizadoras, estereotipadas e discriminatórias. Ao se referirem em "*não pode dar corpo mole (Maria)*" a doença é possível interpretar que eles não querem que se potencialize a história dominante saturada de problemas, pois quando isso acontece *"as pessoas se entregam fácil demais (Rafael)"*. Nesse caso, são pessoas que incorporam o problema à suas identidades, negligenciando outras vivências que destoam dessa história dominante. Para Rafael a forma como as pessoas reagem e pensam sobre a doença interfere no seu tratamento, tendendo a piorar ou melhorar seu estado de saúde. A diferenciação, o sentimento de menos valia ou até mesmo o sentimento piedoso, sofrido pelos pacientes renais crônicos são efeitos de poder estabelecidos culturalmente e socialmente. Na contramão desses sentimentos, os entrevistados destacam narrativas que estão repletas de vida, brincadeiras, atividades, energia, disposição, engajamento, socialização, sendo este um caminho para legitimar e construir narrativas alternativas à da doença. Rafael refere que só descansará quando morrer. *"Eu sou ruim de sossegar hein?! Eu não paro em casa... eu não paro em casa"*. Ele ainda descreve outra narrativa quando fala da necessidade de ter que esperar um possível transplante *"Tem que esperar, mas eu espero, não dá nada não. Espero, brincando, contando piada rindo"*. Para Rafael movimentar-se contribui para não ser impregnado de discursos penosos, opressivos e deficitários.

Outro aspecto que Rafael, Chiara, João e Maria acentuaram nas entrevistas é que não gostam de contar, para as pessoas que são portadoras de uma doença crônica renal. O falar sobre isso publicamente ou até mesmo entre pessoas próximas se torna, em algumas ocasiões, sinônimos de desqualificação, preconceito e marginalização. Os entrevistados apresentam uma narrativa que nega a narrativa imposta socialmente que produz exclusão, estigma e opressão. Por estigma entende-se as características de um indivíduo que são percebidas pelos outros de modo a inabilitá-lo a ter uma aceitação social plena (Goffman, 2004). João pontua *"ninguém precisa ficar com dó da gente, dá a impressão de que a gente não vale nada né"*. Com o intuito de evitar essas histórias dominantes e opressivas, eles optam por não abordarem o assunto e por não se identificarem como tal. Ao revelarem as atividades que conseguem fazer quando não estão na hemodiálise, eles demonstram as possibilidades de momentos que a doença não os limitam. Isso mostra que apesar de terem que seguir um tratamento médico semanal, não há impedimentos de terem uma vida de qualidade fora dos dias de hemodiálise.

DISCUSSÃO

No processo de investigação, os participantes trazem contribuições valiosas para serem introduzidas no tratamento com os doentes renais crônicos, e consequentemente, na melhora da qualidade de vida. Além disso, este trabalho permite a reflexão de como as práticas de cuidado e os sentidos de qualidade de vida são determinados por estruturas culturais mais amplas que tendem a focar-se exclusivamente no indivíduo e seus déficits. Olhar para além disso, isto é, para uma prática formada por uma teia de relações, abre espaço para a construção de práticas em saúde mais sensíveis, menos condicionadas e mais emancipadoras. Leva a reflexão de outras estratégias que possam subsidiar uma prática em saúde que respeita a diversidade e o coletivo. Acrescentar esse conhecimento relacional nas pesquisas sobre qualidade de vida em doentes renais crônicos pode contribuir para o tratamento e a vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise. Ter como enfoque as relações construídas pelos pacientes como geradoras de sentidos de qualidade de vida, nos permite refletir sobre a importância dessas interações.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. A. B. de, Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.

Atkins, R. C. (2005). The changing patterns of chronic kidney disease: The need to develop strategies for prevention relevant to different regions and countries. *Kidney International, 68*, 83-85.

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, *5*(1), 163-177.

Castells, M. (1999). *A sociedade em rede – A era da informação: Economia, sociedade e cultura* (2ª ed.). São Paulo: Paz e Terra.

Gergen Kenneth J. (2007). *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica* (Kenneth Gergen; traductoras y compiladoras, Angela María Estrada Mesa, Silvia Diazgranados Ferráns). Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes.

Goffman, E. (1963). Estigma e identidade social. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (pp. 11-42). Rio de Janeiro: LTC.

Levey, A. S., Eckardt, K., Tsukamoto, Y., Levin, A., Coresh, J., Rossert, J., . . . Eknoyan, G. (2005). Definition and classification of chronic kidney disease: A position statement

from kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO). *Kidney International, 67*, 2089-2100.

McNamee, S. (2006). Constructionist Provocations for Therapeutic Conversations about Sexuality. Original in Italian: *Revista Sperimentale di Freniatria*, *CXXX*(1), 1-24.

Meleti, R. M. (2009). O paciente em hemodiálise. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *A Psicologia Hospitalar* (pp. 115-125). São Paulo: Cengage Learning.

National Kidney Foundation. (2002). *K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease*: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis.

Resende, M. C., Santos, F. A., Souza, M. M., & Marques, T. P. (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico. *Psic. Clin*., *19*(2), 87-99. Rio de Janeiro.

Ribeiro, K. S. Q. S. (2009). A relevância das redes de apoio social no processo de reabilitação. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, *13*(2), 69-78.

Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2011). Relações profissionais em equipes de saúde: alternativas construcionistas relacionais. *Saúde e Transformação Social*, *1*(3), 37-46.

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapêuticos*. Barcelona: Paidós.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Estudo bibliográfico de qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise

FERNANDA ELISA AYMORÉ LADAGA (*)
MURILO DOS SANTOS MOSCHETA (*)

O interesse em avaliar a qualidade de vida em pacientes renais crônicos tem crescido nos últimos anos (Duarte, Myazaki, Cionelli, & Sesso, 2003). Segundo Almeida, Gutierrez e Marques (2012), a Insuficiência Renal Crônica (IRC) era vista há quatro décadas como uma sentença de morte eminente. Atualmente, esse horizonte se modificou e com tratamentos substitutivos se conquistou o prolongamento da vida de pacientes portadores da doença renal crônica e aumentou-se a preocupação com a qualidade de vida dessas pessoas. A avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas e no planejamento e avaliação de serviços de saúde. Almeida Gutierrez e Marques (2012) afirmam que um grande desafio para as próximas décadas é melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores desta doença crônica.

Bueno (2007) entende que a melhora da qualidade de vida e da saúde está intrinsecamente relacionada com a qualidade dos serviços de saúde, qualidade do meio ambiente e a qualidade de vida relacionada com o nível de prosperidade geral do país. "Entender o conjunto de necessidades da pessoa é um desafio permanente para todos os segmentos da sociedade, não só os profissionais ligados à saúde, mas também os governantes e cidadãos em geral" (Conte & Souza, 2011, p. 375).

Neste contexto, este estudo tem como objetivo revisar a literatura científica brasileira sobre qualidade de vida em doentes renais crônicos.

MÉTODO

Para o levantamento dos artigos foram utilizadas as palavras chaves qualidade de vida, hemodiálise e doença renal crônica nas bases de dados Scielo, BVS e PUBMED, utilizando o intervalo de tempo de 1990-2014. Os critérios de exclusão foram: duplicidade de artigos nas bases de dados; não fazer referência à qualidade de vida; estar relacionado

(*) Universidade Estadual de Maringá (PPI/UEM), Maringá, Paraná, Brasil.

exclusivamente à fisioterapia e atividades físicas; hemodiálise em casa (homecare) e estudos estrangeiros. Foram encontrados quinze artigos. A análise do material seguiu três etapas: (1) fichamento dos artigos encontrados, (2) leitura e síntese dos artigos e (3) discussão do material.

RESULTADOS

Primeiramente, foi possível verificar que as pesquisas relacionadas com a avaliação da qualidade de vida dos doentes renais crônicos são em sua maioria estudos de cunho quantitativo (93,3%). Dos quinze artigos, apenas um deles tinha desenho metodológico qualitativo (6,7%), o qual fez uso de entrevistas com seus participantes, enquanto os demais recorreram a questionários genéricos de qualidade de vida SF-36 (40%), um (6,7%) ao WHOQOL-bref e sete (46,6%) a questionários específicos como Quality-of-Life Short-Form (KDQOL-SF). Além disso, observou-se que houve grande incidência de pesquisadores das áreas de medicina, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e enfermagem.

Os estudos apontam que a qualidade de vida destes pacientes sofre influências da idade, gênero, tempo de tratamento, grau de escolaridade, religião, a presença ou não de um companheiro fixo, se reside sozinho ou não e pelo trabalho (Cordeiro et al., 2009).

Costa, Vasconcelos e Tassitano (2010), Frazão, Ramos e Lira (2011), Martins e Cesarino (2005), Santos, Rocha e Berardinelli (2011), referem que os pacientes de hemodiálise são com frequência acometidos por dores, sintomas e intercorrências (contraturas musculares, dor abdominal, vômitos, depressão, problemas do sono, anemia, cardiopatia, etc.) durante ou após a sessão de hemodiálise. Tais aspectos influenciam negativamente na qualidade de vida das pessoas que são portadoras da doença renal crônica, assim como as comorbidades: insuficiência cardíaca, diabetes, hipertensão, doença cerebrovascular e doença vascular periférica (Kusumoto, Marques, Haas, & Rodrigues, 2008; Lopes, Martins, Matos, Amorim, Leite, Miranda, & Lopes, 2007). Santos et al. (2011) descrevem que a pessoa que sofre de doença renal crônica apresenta limitações físicas para andar, levantar e/ou carregar peso, correr, subir escadas, entre outras.

Um fator que interfere na qualidade de vida, segundo Cordeiro et al. (2009) é a alteração na atividade sexual, apesar de na sua pesquisa não ter observado isso. Os autores concebem que o resultado não foi fidedigno, uma vez que há uma dificuldade em abordar o assunto sexualidade. Demonstram preocupação com o escore elevado em seu estudo, já que a literatura revela que há grande comprometimento da função sexual nesses pacientes, afetando, especialmente, o sexo masculino. Algumas pesquisas retratam que a doença renal crônica atinge tanto homens quanto mulheres indistintamente, isto é, não existe incidência maior em um dos gêneros (Cordeiro et al., 2009; Ferreira & Silva Filho, 2011).

Ao avaliar a qualidade de vida em cada gênero, partes das pesquisas afirmam não haver diferença no nível de qualidade de vida entre homens e mulheres (Costa et al., 2010; Martins & Cesarino, 2005; Santos et al., 2007). Em contrapartida há pesquisas que evidenciaram notória diferença da qualidade de vida entre os gêneros. Lopes et al. (2007) e Romão, Romão Junior, Belasco e Barbosa (2006) retratam que as mulheres apresentaram níveis baixos de qualidade de vida, tanto no aspecto físico quanto no mental. Ainda, Lopes et al. (2007) afirmam que essa diferença pode ser explicada por fatores não biológicos (como frustrações devido às expectativas não atendidas, experiências prévias, e à falta de suporte social) já que não encontraram correlação significativa que justificasse a interferência do funcionamento biológico entre os gêneros na qualidade de vida (Lopes et al., 2007).

Lopes et al. (2007) entendem que as mulheres aparentam ser afetadas psicologicamente com mais facilidade por estressores ambientais do que a população masculina. Acredita-se que as mulheres, mesmo em tratamento hemodialítico, precisam manter suas funções tradicionais, como cuidar da casa e dos filhos, o que de certa forma as expõe a uma maior carga de estresse tanto físico como mental. Todavia, em outro estudo realizado em um Hospital Público de Belém no Pará, foi possível observar que a população masculina apresentou piores escores que a feminina quanto a aspectos físicos, capacidade funcional, vitalidade e saúde mental, o que pode ser justificado devido à maioria dos pacientes desta pesquisa ser [...] de baixa renda, cujo ambiente social culturalmente associa o papel do homem ao trabalho pesado ou esforço físico" (Silveira et al., 2010, p. 42).

A população de pacientes em hemodiálise é representada em sua maioria por idosos. Esse número de indivíduos com idade mais avançada em tratamento hemodialítico é atribuído ao envelhecimento populacional, ao aumento das doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus), à realização de transplante e à possibilidade de sobrevida proporcionada pela terapêutica hemodialítica. A idade avançada e as complicações referentes a ela intensificam e aumentam as dificuldades dos pacientes em hemodiálise, uma vez que se tornam mais fragilizados fisicamente (Castro, Caiuby, Draibe, & Canziani, 2003; Cordeiro et al., 2009; Frazão, Ramos, & Lira, 2011; Kusumoto et al., 2008; Santos et al., 2007).

Outro ponto elencado pelos pesquisadores com forte influência na qualidade de vida é o nível de escolaridade. A maioria das pesquisas apontaram que o baixo nível de escolaridade está relacionado de forma negativa na qualidade de vida dos doentes renais crônicos (Castro et al., 2003; Cordeiro et al., 2009; Cavalcante, Lamy, Lamy Filho, França, Santos, Abreu, Thomaz, Silva, & Salgado Filho, 2013; Ferreira & Silva Filho, 2011; Frazão et al., 2011; Martins & Cesarino, 2005; Santos et al., 2011). Martins e Cesarino (2005) e Castro et al. (2003) sugerem que os pacientes com maior nível de escolaridade podem apresentar recursos intelectuais capazes de favorecer a uma melhor adaptação emocional frente às consequências provocadas pela doença renal e o tratamento, ou seja, quanto maior o grau de escolaridade, maior é a qualidade de vida. No entanto, Romão et al. (2006) não descreveram diferenças significativas em relação aos diferentes níveis de instrução com a qualidade de vida dos pacientes.

Ainda, um aspecto observado por Kusumoto et al. (2008), Frazão et al. (2011) e Santos et al. (2007) é que a maioria dos pacientes possuem baixa renda mensal, devido à falta de vínculo com trabalho formal, aposentadoria, auxílio-doença e doações. De maneira que essa baixa renda acaba sendo associada a outras dificuldades (nutrição adequada, transporte, etc), o que contribui com uma sobrevida com dificuldades (Frazão et al., 2011). Além de tais dificuldades Silva, Silveira, Fernandes, Lunardi e Backes (2011) afirmam que o contexto do tratamento hemodialítico, o qual é composto por inúmeras máquinas, denota certa mecanicidade, que reflete nas relações humanas entre pacientes e equipe. É por isso que o profissional de enfermagem responsável pelo cuidado de paciente submetido a este tratamento precisa valorizar os aspectos humanos na relação cuidador/cuidado (Silva et al., 2011). O ambiente e o serviço pouco humanizado reforçam uma vida com pouca chance de ter qualidade.

Cavalcante et al. (2013) descrevem em sua pesquisa, que a necessidade de deslocamento para pacientes que residem em regiões circundantes ao centro de diálise também é um fator que interfere negativamente na satisfação do paciente, e consequentemente, influencia no nível baixo de qualidade de vida. Outro fator controverso na literatura científica é a relação do tempo de hemodiálise. Questiona-se se o tratamento hemodiálitico mais prolongado está diretamente relacionado com menor qualidade de vida do paciente. De acordo com Cordeiro et al. (2009), Silva et al. (2014), Silveira et al. (2010) e Santos et al. (2007), quanto maior o tempo de terapia hemodialítica melhor apresentar-se-á a qualidade de vida dos pacientes. Cordeiro et al. (2009) e Silveira et al. (2010) afirmam, a partir de suas pesquisas, que pessoas com tempo de diálise menor que doze meses apresentam maiores dificuldades e menor qualidade de vida, ao passo que pessoas com tempo maior que um ano de diálise, têm maiores escores que os com tempo inferior a esse período. Entende-se que o impacto da terapia dialítica é reduzido devido à adaptação psicológica que, geralmente, o paciente vai adquirindo conforme o tempo vai passando (Santos et al., 2007).

Já Martins e Cesarino (2005) sinalizam que os avanços tecnológicos foram importantes no que se refere ao tratamento dialítico e no aumento da sobrevida dos pacientes, porém ressaltam que por ser ainda um tratamento de tempo indeterminado, este acaba afetando significativamente a qualidade de vida dos doentes renais crônicos, que por sua vez, se tornam dependentes das máquinas para sobreviver. Para Castro et al. (2003), Ferreira e Silva Filho (2011), Frazão et al. (2011) e Martins e Cesarino (2005), é perceptível que quanto mais tempo de tratamento dialítico, maior é a resignação à doença.

Em relação aos aspectos psicossociais Ferreira e Silva Filho (2011), Frazão et al. (2011) e Santos et al. (2011) pontuam que o tratamento hemodialítico interfere na vida social dos pacientes, e consequentemente, na qualidade de vida, uma vez que limita viagens, reduz visitas de amigos, vizinhos, além de gerar sentimentos de invalidez e dificuldades em falar sobre outra coisa que não seja a doença. Os pacientes podem ainda apresentar diminuição da autoestima; resistência ao tratamento; perda dos seus sonhos e aspirações; mudança no estilo de vida; alterações na imagem corporal; perda das escolhas e opções na vida; bem como tristeza, isolamento social e a vivência de sentimentos conflitantes entre morrer e viver (Frazão et al., 2011; Santos et al., 2011). Esses fatores acabam por alterar significati-

vamente o funcionamento global do paciente e a sua qualidade de vida, interferindo na evolução da doença e seu tratamento. Junto com todas essas contingências um aspecto que interfere significativamente no emocional é a sensação de dependência, seja ela da família, equipe de saúde, amigos, medicamentos e de uma máquina. Uma dependência que não foi escolhida pelos pacientes, mas sim imposta pelas condições de saúde e sobrevivência (Santos et al., 2011).

No que refere ao desempenho profissional aliado ao desempenho físico foi descrito o quanto as reduções deles interferem de forma negativa na qualidade de vida dos doentes renais. Quando os pacientes recebem o diagnóstico, este se torna sinônimo de incapacidade, o que provoca a interrupção abrupta de seus trabalhos e da busca por melhores condições de vida. Essa redução das atividades físicas e laborais, provocadas devido ao quadro da doença crônica renal, tem um impacto negativo em como a pessoa percebe sua própria saúde e sua vitalidade (Castro et al., 2003; Cavalcante et al., 2013; Cordeiro et al., 2009; Costa et al., 2010; Ferreira & Silva Filho, 2011; Frazão et al., 2011; Kusumoto et al., 2008; Martins & Cesarino, 2005; Romão et al., 2006; Santos et al. 2011; Santos et al., 2007; Silva et al., 2014; Silveira et al., 2010).

Além disso, esse tipo de tratamento exige frequência, assiduidade e o dispêndio de três dias da semana, sendo essa uma rotina obrigatória e que não pode ser violada. Esse estilo de vida imposto pelo tratamento, que estabelece o afastamento do trabalho três vezes na semana para frequentar as sessões de hemodiálise. Segundo Cordeiro et al. (2009) também dificulta manter um vínculo empregatício e o auxílio com a renda familiar. Em muitos casos o doente renal crônico é considerado como a principal fonte de renda da família (Santos et al., 2011). Cordeiro et al. (2009) afirmam que o fato de não trabalhar incomoda muito as pessoas, uma vez que acabam se sentindo marginalizadas, excluídas da sociedade, e um "peso" para seus familiares e pessoas de seu convívio. Ferreira e Silva Filho (2011) e Santos et al. (2011) destacam que a doença renal crônica não caracteriza um impedimento direto e absoluto ao trabalho, contudo causa limitações significativas às pessoas, sendo que a maior parte dos pacientes não trabalham, e por isso são considerados inativos, ou seja, são aposentados ou encontram-se em licença-saúde. Frazão et al. (2011) acrescentam que a inexistência de uma atividade remunerada gera conflitos psicológicos, que podem interferir na evolução do quadro clínico desses pacientes. Para Cordeiro et al. (2009) é uma necessidade humana, o sentir-se útil e produtivo. Santos et al. (2011) afirmam que o trabalho representa, especialmente, para as pessoas adultas, sua própria vida, uma vez que lhes permite uma autonomia financeira para o custeamento dos gastos pessoais e familiares e possibilita a uma autorrealização profissional.

Santos et al. (2011) recordam que no Brasil as oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho para pessoas com limitações dessa natureza são escassas. No entanto, os referidos autores deixam claro que após a fase aguda, ou seja, a fase inicial do tratamento, o paciente pode realizar atividades laborais ou de estudo, embora não seja possível que consiga dar continuidade às atividades que antes realizava. Por isso, é preciso incentivar e estimular o paciente a adaptar-se à situação atual, de tal modo que ele consiga vislumbrar novas alternativas, e buscar soluções adequadas à sua situação atual (Santos et al., 2011).

Entende-se que a busca pela qualidade de vida "[...] não está em fazer tudo que era feito antes da doença, e sim em adaptar-se à atual situação e buscar satisfação dentro das atividades realizadas" (Santos et al., 2011, p. 35). Um recurso que auxilia os pacientes na relação com o adoecimento e a melhora da qualidade de vida é a religiosidade. Nos estudos, observou-se que a maioria dos pacientes tinha uma religião definida (Cordeiro et al., 2009; Frazão et al., 2011). A fé é percebida como uma propulsora no enfrentamento do adoecimento (Cordeiro et al 2009).

No lidar com a situação de doente renal crônico e o reaprender a viver, o suporte social aos pacientes ajuda a melhorar a qualidade de vida dos mesmos. O convívio e o apoio familiar dão suporte no enfrentamento dos danos físicos, psicológicos e socioeconômicos, suavizando o processo de adoecimento. Ao receber esse apoio das pessoas queridas, os pacientes encontram recursos emocionais e melhoram seus estados de humor depressivo (Cordeiro et al. 2009; Ferreira & Silva Filho, 2011; Frazão et al., 2011; Kusumoto et al., 2008; Santos et al., 2011; Silva et al., 2011). A existência de uma rede de apoio *informal*, isto é, ter um(a) companheiro(a) e residir com familiares pode contribuir para ajudar nas atividades cotidianas, no cuidado em domicílio – já que a doença renal crônica contribui para perdas funcionais com comprometimento da independência e autonomia. No caso de alguma eventualidade ou intercorrência, ter uma pessoa por perto é fundamental para prestar algum auxílio àqueles mais debilitados (Frazão et al., 2011; Kusumoto et al., 2008; Santos et al., 2011). Cabe aos profissionais de saúde incluir os companheiros, familiares e/ou cuidadores em seu plano de cuidados (Cordeiro et al., 2009). A ajuda de profissionais no planejamento de tarefas, na construção de projeto é primordial, uma vez que estimula os pacientes na reconstrução e ressignificação do cotidiano (Santos et al., 2011).

DISCUSSÃO

Os aportes teóricos científicos, abordados anteriormente, são relevantes e trazem grandes contribuições sobre o tema, porém, assim como todas as pesquisas científicas demonstram suas limitações. Com base nesses estudos científicos foi possível perceber a necessidade de se ampliar as investigações sobre os sentidos de qualidade de vida nos doentes renais crônicos em hemodiálise, como forma de complementar e aprofundar as discussões que permeiam este tema. Para, além disso, o desenvolvimento de mais estudos qualitativos poderiam ajudar a explorar as questões apontados pelos estudos quantitativos, como por exemplo: no "como" essa vida de qualidade de vida é conquistada e vivida. Isso direciona para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que, haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, uma vez que cada uma dessas estratégias de pesquisas demonstram alcances e limitações em suas investigações sobre o tema.

REFERÊNCIAS

Almeida, M. A. B. de, Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.

Bueno, E. (2007). Reflexões sobre as inovações médicas e a produção de saúde e qualidade de vida. In R. Vilarta, G. L. Gutierrez, T. H. P. F. Carvalho, & A. Gonçalves (Orgs.), *Qualidade de vida e novas tecnologias* (pp. 77-86.). Campinas: Ipes Editorial.

Castro, M. de, Caiuby, A. V. S., Draibe, S. A., & Canziani, M. E. F. (2003). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *49*, 245-249. doi.org/10.1590/S0104-42302003000300025

Cavalcante, M. C. V., Lamy, Z. C., Lamy Filho, F., França, A. K. T. C., Santos, A. M., Abreu, E. B., . . . Salgado Filho, N. (2013). Fatores associados à qualidade de vida de adultos em hemodiálise em uma cidade do nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *35*, 79-86. doi.org/10.5935/0101-2800.20130014.

Conte, T. C., & Souza, J. C. (2011). Qualidade de vida no pré-operatório de cirurgia cardíaca. In J. C. Souza (Org.). *Qualidade de vida em saúde* (1ª ed., pp. 365-393). São Paulo: Vetor.

Cordeiro J. A. B. L, Brasil V. V., Silva A. M. T. C., Oliveira L. M. A. C., Zatta L. T., & Silva, A. C. C. M. (2009). Qualidade de vida e tratamento hemodialítico: Avaliação do portador de insuficiência renal crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 11*, 785-93.

Costa, P. B. da, Vasconcelos, K. F. da S., & Tassitano, R. M. (2010). Qualidade de vida: pacientes com insuficiência renal crônica no município de Caruaru, PE. *Fisioterapia em Movimento, 23*, 461-471. doi.org/10.1590/S0103-51502010000300013

Duarte, P. S., Myazaki, M. C. O.S., Cionelli, R. M., & Sesso, R. (2003). Tradução e adaptação cultural do instrumento de avaliação de qualidade de vida para pacientes renais crônicos (KDQOL-SFTM). *Revista da Associação Médica Brasileira, 49*, 375-381. doi.org/10.1590/S0104-42302003000400027

Ferreira, R. C., & Silva Filho, C. R. da. (2011). A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *33*, 129-135. doi.org/10.1590/S0101-28002011000200003

Frazão, C. M. F. de Q., Ramos, V. P., & Lira, A. L. B. de C. (2011). Qualidade de vida de pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista enfermagem UERJ, 19*, 577-82.

Kusumoto, L., Marques, S., Haas, V. J., & Rodrigues, R. A. P. (2008). Adultos e idosos em hemodiálise: Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, *21*(spe), 152-159. doi.org/10.1590/S0103-21002008000500003

Lopes, G. B., Martins, M. T. S., Matos, C. M., Amorim, J. L. de, Leite, E. B., Miranda, E. A., & Lopes, A. A. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *53*, 506-509. doi.org/10.1590/S0104-42302007000600017

Martins, M. R. I., & Cesarino, C.B. (2005). Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialitico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *13*, 670-676. doi.org/10.1590/S0104-11692005000500010

Romão M. A. F., Romão Junior J. E., Belasco A. G. S., & Barbosa D. A. (2006). Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica terminal em hemodiálise de alta eficiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *27*, 593-598.

Santos, P. R., & Pontes, L. R. S. K. (2007). Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. *Revista da Associação Médica Brasileira*, *53*, 329-334. doi.org/10.1590/S0104-42302007000400018

Santos, I. dos, Rocha, R. de P. F., & Berardinelli, L. M. M. (2011). Qualidade de vida de clientes em hemodiálise e necessidades de orientação de enfermagem para o auto-cuidado. *Escola Anna Nery*, *15*, 31-38. doi.org/10.1590/S1414-81452011000100005

Silva, A. S. da, Silveira, R. S. da, Fernandes, G. F. M., Lunardi, V. L., & Backes, V. M. S. (2011). Percepções e mudanças na qualidade de vida de pacientes submetidos à hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *64*, 839-844. doi.org/10.1590/S0034-71672011000500006

Silveira, C. B., Pantoja, I. K. O. R., Silva, A. R. M., Azevedo, R. N. de, Sá, N. B. de, Turiel, M. G. P., & Nunes, M. B. G. (2010). Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise em um hospital público de Belém, Pará. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *32*, 39-44. doi.org/10.1590/S0101-28002010000100008

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Desenvolvimento e aplicação de um programa de prevenção do tabagismo para jovens

FILIPA PINTO NUNES (*)
CARMEN ARRANHADO (*)
FÁTIMA REIS (*)
LUIS ROBERT (*)
PAULO VITÓRIA (**)
RUI DOMINGOS (*)

O consumo de tabaco constitui, nas sociedades desenvolvidas, a principal causa evitável de doença e de morte, repercutindo-se pesadamente em custos sociais, económicos e de saúde. Em Portugal e nos países ocidentais, em geral, a iniciação ocorre entre 11 e 15 anos (Fraga et al., 2006, citado por Vitória, 2011).

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 o tabagismo é considerado um problema de saúde prioritário, o que motivou a criação do Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT 2012-2016). Este documento incita o envolvimento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), através, nomeadamente, das equipas de saúde escolar, para a implementação de projectos de prevenção do tabagismo.

"Sabemos que a prevenção do consumo de tabaco nas escolas carece de um esforço consistente e continuado, dado que as abordagens casuísticas e pontuais são de baixa ou nula efetividade" (Thomas & Perera, 2006, citado em PNPCT 2012-2016, p. 23).

A maioria dos fumadores começa a fumar na adolescência. A experimentação repetida ao longo da adolescência cria rapidamente a dependência. Considerando que a probabilidade de vir a ser fumador regular é tanto maior quanto menor for a idade em que se começa a fumar (Precioso, 2006) pretendemos, com este projecto contribuir para evitar ou atrasar a idade de início do consumo de tabaco em jovens do 3º ciclo do ensino básico.

Esta intervenção surgiu do desafio, colocado pela gestora do programa de saúde escolar a um grupo de psicólogos da URAP, de implementar um projeto estruturado de prevenção e controlo do tabagismo, abrangendo pelo menos 75% dos estabelecimentos que leccionem 3º ciclo, na área de abrangência do ACES Lisboa Central.

Atendendo à dimensão do parque escolar do nosso ACES e à evidência de que os programas implementados pelos professores são os que produzem melhores resultados (Vitória et al., 2011), entendemos desenvolver processos formativos, capacitando os professores na área de educação para a saúde, nomeadamente, na prevenção do tabagismo, com o objectivo de estes poderem desenvolver sessões de formação aos alunos.

(*) ACES Lisboa Central, Portugal.

(**) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã / CIS-IUL, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.

De entre os vários programas existentes, interessámo-nos pelo *Querer é Poder I* (Vitória et al., 2000), programa implementado e testado pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo ao abrigo do projeto ESFA (*European Smoking Prevention Framework Approach*) constituído por 6 sessões e destinado a jovens dos 12 aos 14 anos. Considerámos ser uma ferramenta prática, acessível, simultaneamente bem estruturada e aberta à inovação.

Este projeto foi concebido para três anos. O 1º ano foi dedicado ao planeamento e divulgação do projecto. Na perspectiva de cativar os professores para o projecto, foi apresentada para creditação uma primeira acção de formação ao Conselho Científico-Pedagógico de Formação Contínua, a partir do Centro de Formação de Escolas António Sérgio.

Seguiu-se uma fase de divulgação do projecto, inicialmente no contexto das reuniões gerais entre a Equipa Central de Saúde Escolar e os responsáveis das Escolas. Mais tarde o projecto foi apresentado individualmente em cada Escola e, finalmente, foi publicitado aos professores através do Centro de Formação António Sérgio.

O 2º ano do projecto foi dedicado à implementação e avaliação da acção de formação a professores. Ainda neste período foram apresentadas e creditadas duas novas acções de formação: uma reedição do 1º curso e um 2º curso de reforço ao programa implementado no ano anterior, e feitas as respectivas divulgações através dos centros de formação de escolas (Calvet de Magalhães, João Soares e António Sérgio).

Apresentamos nesta comunicação uma primeira avaliação da acção de formação a professores que decorreu de Novembro de 2014 a Maio de 2015, na Escola D. Dinis, em Lisboa. Apresentamos também alguns dados de avaliação das crenças dos alunos participantes (pré-teste e pós-teste).

MÉTODO

Participantes

Fizeram a formação completa 23 professores, provenientes de 7 agrupamentos de escolas. Foram constituídos dois grupos, cada um deles animado por, pelo menos, 2 formadores, o que permitiu desenvolver um trabalho em proximidade com cada professor e acompanhar a par e passo a implementação do programa com os seus alunos.

Estiveram envolvidos no projeto 459 estudantes, distribuídos por 23 turmas. Foi aplicado o programa em 20 turmas (grupo experimental), 17 do 7º ano e 3 do 8º, e foram designadas 3 turmas como grupo de controlo.

Instrumentos e Procedimento

Foram utilizadas 4 ferramentas de avaliação da ação de formação:

1) Foi criado de raiz um questionário sobre tabagismo para os alunos. Cada professor recebeu um link do questionário, tendo-se responsabilizado por levar os alunos da sua

turma, antes e no final do programa, à sala de informática e de os orientar para efectuarem o preenchimento online. As 3 turmas de controlo também responderam nos dois momentos ao questionário. Os resultados desse inquérito serão divulgados oportunamente.

2) Adotámos o questionário sobre mitos ligados ao tabagismo, utilizado na 1ª sessão do programa, como ferramenta de avaliação. Sugerimos que este fosse também aplicado na última sessão com os alunos e foram discutidas as diferenças de resultados com os professores.
3) Foi pedido a cada professor que entregasse um trabalho de reflexão crítica sobre o alcance preventivo do programa *Querer é Poder I*.
4) Por último contámos com a avaliação que os professores fizeram da ação de formação.

RESULTADOS

No que respeita ao questionário sobre mitos ligados ao tabagismo, que norteia ao longo do programa a discussão, em torno de um conjunto de crenças relacionadas com o tabaco, as respostas no pré e no pós teste apresentam algumas variações assinaláveis (Quadro 1).

Quadro 1

Percentagem de respostas ao questionário sobre os mitos

	É falso	Tenho dúvidas	É verdade	É falso	Tenho dúvidas	É verdade
	Pré teste (%)			Pós teste (%)		
1. Fumar não faz mal à saúde	86,3	1,0	12,7	97,0	2,0	1,0
2. Estar numa sala cheia de fumo de tabaco não prejudica a saúde	91,1	3,4	5,5	95,2	4,5	0,3
3. É fácil para um fumador deixar de fumar	65,0	27,5	7,5	67,7	27,3	5,0
4. O tabaco não é uma droga	58,4	27,6	14,0	71,5	22,4	6,1
5. Fumar faz as pessoas sentirem-se bem	29,8	49,5	20,7	20,1	55,6	24,3
6. Fumar ajuda a ter amigos	68,0	25,2	6,8	55,4	32,8	11,8
7. Fumar está na moda	45,6	33,8	20,6	40,4	35,4	24,2
8. A maioria dos adultos fuma	7,5	27,5	65,0	16,4	45,7	37,9
9. A maioria dos meus colegas e amigos/as fuma	66,1	20,5	13,4	71,1	16,2	12,7
10. O meu comportamento não é influenciado pela publicidade	23,4	14,9	61,7	8,7	13,2	78,1
11. O facto dos meus amigos fumarem não contribui para que eu fume também	11,3	6,8	81,9	6,2	6,2	87,6
12. Se os meus amigos me oferecerem um cigarro, será fácil dizer "não"	10,6	13,6	75,8	10,0	18,0	72,0

Na 1ª questão, *fumar não faz mal à saúde*, notamos que há no pós teste uma unanimidade da resposta desejada. Relativamente à questão nº 4, *o tabaco não é uma droga*, observamos um aumento expressivo do número de jovens que considera a afirmação falsa. Por último, no que respeita à questão nº 8, *a maioria dos adultos fuma*, apercebemo-nos de que há muito menos jovens a sustentar esta ideia.

Estes resultados são animadores pois revelam mudanças ao nível da percepção de normas sociais relativamente ao consumo de tabaco e, como é sabido, elas são determinantes nas opções dos jovens no que respeita ao tabaco.

Por outro lado, olhando para os resultados nas questões que dizem respeito à influência social, constatamos que as respostas antes e depois da aplicação do programa são semelhantes. Entendemos que o reconhecimento público, por parte dos jovens, de que são influenciados pelos outros, possa interferir com a sua auto imagem. Por outro lado, sabemos que são necessárias mais intervenções para se observarem mudanças significativas. Finalmente, concordamos com os professores em considerar que as várias afirmações deste questionário formuladas "pela negativa" podem gerar alguma confusão, podendo comprometer as respostas.

No que respeita aos comentários dos professores destacamos os seguintes: *As sessões encontram-se muito bem preparadas, facilitando a tarefa do professor; a acção de formação permitiu redefinir estratégias e metodologias, de forma a obter uma melhor adequação na implementação do programa; a aplicação do programa permitiu conhecer melhor os alunos possibilitando uma maior empatia no relacionamento professor-aluno; os poucos alunos da turma que fumavam deixaram de o fazer; melhorámos a confiança na abordagem desta temática e acreditamos na eficácia da nossa intervenção; foi difícil cumprir o tempo indicado para cada sessão; por vezes tornou-se complicado lidar com os problemas de disciplina.*

De um modo geral, os professores consideraram o programa útil para os alunos. Referem que "muitos não tinham noção da quantidade de substâncias nocivas que um cigarro contém, de que o tabaco é uma droga e de que a maioria dos portugueses não fuma".

Finalmente, a avaliação que os professores fizeram da acção de formação foi globalmente muito favorável, como podemos constatar na Figura 1.

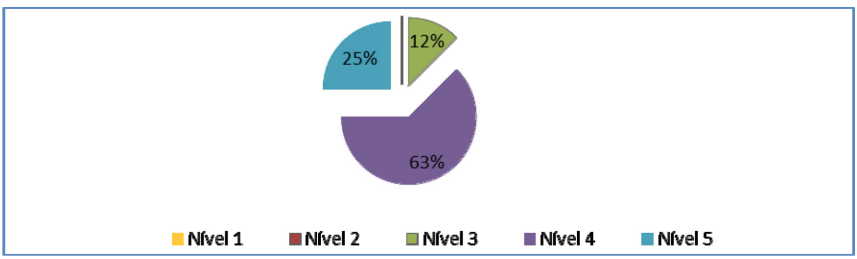


Figura 1. Avaliação global da ação de formação

Este primeiro ano de implementação do programa confirma, em nosso entender, a pertinência da prevenção do tabagismo junto dos jovens, nas escolas e realizada por professores com formação e acompanhamento de outros profissionais.

REFERÊNCIAS

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção-Geral da Saúde. Retirado de http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Direção Geral da Saúde. Retirado de http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22*, 201-222.

Vitória P. D., Simões-Raposo, C., Peixoto, F. A., & Pais Clemente, M. (2000). *Querer é Poder I – Programa de Prevenção do Tabagismo para o 3º Ciclo do Ensino Básico*. *Manual do Professor*. Lisboa: Concelho de Prevenção do Tabagismo.

Vitória P. D., Silva, A. S., & De Vries, H. (2011). Longitudinal evaluation of a smoking prevention program for adolescents. *Revista de Saúde Pública*, *45*(2), 344-354.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A vivência do one-night stand. Um estudo exploratório com estudantes universitários(as)

FILIPA ROSADO (*)
CONSTANÇA BISCAIA (*)

Os estudos na área do ensino superior têm destacado, com inegabilidade, a forte influência das experiências *out of classroom* (Terenzi, Pascarella, & Bliming, 1996) na vida dos(as) estudantes universitários(as). Na verdade, o facto de estas experiências terem sido encontradas como correspondendo a 70% do que os(as) jovens afirmam levar da passagem pela universidade (Kuh, 1993), tem levado a que as interações interpessoais entre estudantes se tenham tornado mote de um maior interesse e escrutínio (Ferreira, 2009).

Paralelamente, estas interações têm vindo a alterar-se ao longo da última década. Uma década que viu a passagem da adolescência para a idade adulta tornar-se mais lenta (Arnett, 2001). E apelou à necessidade da (re)contextualização deste "adolescentrismo" que, numa sociedade em evolução económica e cultural, levou à emergência de novas caraterísticas desenvolvimentistas (Arnett, 2000, 2007). Caraterísticas que tornam este período do ciclo de vida num espaço de metamorfose onde os(as) jovens, mais instáveis, focados(as) no *self*, nas explorações identitárias e nas possibilidades que a vida tem para lhes oferecer, transformaram drasticamente as suas dinâmicas relacionais (Glenn & Marquardt, 2001). Estas, ao passarem a ter como plano de fundo as caraterísticas que balizam uma Adultez Emergente, e ao se desenrolarem (maioritariamente) no contexto académico que, por si só, apela a este carater de transitoriedade e mudança (Quaye & Harper, 2015), passaram a ser mais focadas na diversão e menos no compromisso (Bogle, 2008; Glenn & Marquadrt, 2001; Stinson, 2010). Popularizando e normatizando o Sexo Ocasional (Garcia, Reiber, Massey, & Merriwether, 2012; Paul, McManus, & Hayes, 2000), colocando o One-Night Stand como a principal forma de interação íntima entre jovens heterossexuais no Ensino Superior (Bogle, 2008; Grello, Wesh, & Harper, 2006; McAnulty, 2012; Townsend & Wasserman, 2011).

No entanto, a incursão em One-Night Stands é, muitas vezes, acompanhada de sentimentos e emoções negativas como vergonha, culpa e arrependimento (Fielder & Carey, 2010). Ademais, a prática de sexo ocasional é considerada uma prática de risco, uma vez que está fortemente associada à prática de relações sexuais desprotegidas (Stinson, 2010). Desta forma, posto que o aumento da prática de sexo ocasional não é proporcional às investigações sobre o fenómeno, serve o presente estudo para compreender e explorar a vivência dos One-Night Stands no seio dos(as) estudantes universitários(as) da Universidade de Évora.

(*) Universidade de Évora, Portugal.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo exploratório assente na abordagem qualitativa, tanto no que respeita ao procedimento de recolha de dados como no que ao procedimento de análise de resultados diz respeito.

Participantes

A amostra contou com a participação voluntária de 22 estudantes (11 do sexo masculino e 11 do sexo feminino) de primeiro ciclo da Universidade de Évora (instituição eleita por conveniência das autoras), com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (M=20,8). Todos(as) os participantes reportaram já ter incorrido, pelo menos uma vez, num encontro de sexo ocasional (One-Night Stand). A totalidade dos(as) participantes da amostra afirmou-se heterossexual, no que concerne à orientação sexual. A incidência apenas no 1º ciclo de estudos deveu-se à tentativa de homogeneização da amostra, uma vez que nem todos os cursos disponibilizam um segundo ciclo. E a faixa etária abrangida remete ao intervalo de tempo que melhor representa as caraterísticas da Adultez Emergente.

Material

Solicitámos aos (às) participantes a resposta a um protocolo de investigação constituído por questões demográficas e uma entrevista semiestruturada (Ghiglione & Matalon, 2001). De forma a garantir que seriam abordados os mesmos temas e o mesmo conjunto de questões a todos(as) os(as) participantes, construímos um guião com 20 questões de formato aberto, que serviu de linha orientadora à condução de todas as entrevistas. Procedemos, ainda, à realização de um estudo piloto junto de uma pequena amostra de sujeitos pertencentes à população-alvo, de forma a verificar o caráter unívoco dos itens do guião.

A amostra foi selecionada através de uma amostragem de tipo *snowball* e os(as) participantes convidados(as) a assinar um termo de consentimento informado, onde lhes eram expostos os objetivos do estudo e onde estes podiam declinar a gravação da entrevista em formato áudio (a totalidade da amostra mostrou-se confortável com a gravação da entrevista). Relativamente às entrevistas, estas realizaram-se individual e presencialmente nas residências pessoais ou académicas dos(as) estudantes e tiveram uma duração variável entre os 35 e os 60 minutos. A recolha de dados decorreu do mês de Maio ao mês de Setembro de 2014.

Procedimento

Os dados foram analisados com recurso à análise de conteúdo (Bardin, 1997; Krippendorff, 1980, 1989) que respeitou o seguinte procedimento: (1) leitura flutuante de todo o material, (2) análise temática do corpus e destaque dos quatro temas principais que emergiram deste (A – Definições e Funções de One-Night Stand, B – Vivências do One-Night Stand, C – One-Night Stand à Luz da Conceção e Vivência da Intimidade Relacional

e D – Significados da Experiência Universitária e Contribuição do Ensino Superior na Prática de One-Night Stands), (3) desenvolvimento das categorias e subcategorias emergentes em cada temática, (4) codificação do material e, por fim, (5) tratamento e descrição analítica dos resultados, com contraste em termos de género.

Com o intuito de reduzir a subjetividade inerente ao processo de análise de conteúdo, efetuámos inúmeras releituras do material, repetimos o processo de categorização em dois momentos diferentes e recorremos a um juiz independente, a quem foi pedido que efetuasse a leitura de todo o material e com quem refletimos conjuntamente sobre os resultados obtidos.

RESULTADOS

O primeiro tema encontrado, ao remeter para o significado da experiência dos encontros de sexo ocasional, remeteu-nos para as definições e representações das funções que a vivência do One-Night Stand subjaz na vida relacional dos(as) estudantes pertencentes à amostra. O Quadro 1 exibe as categorias e subcategorias identificadas neste primeiro tema.

Quadro 1

Recorte da matriz categorial respetiva ao Tema A, com contraste entre subgrupos

Tema A – Definições e Funções dos One-Night Stands		
	Subcategorias	
Categorias	Subgrupo masculino	Subgrupo feminino
A.1. Definições de One-Night Stand	A.1.1. Interação física que envolve sempre sexo	A.1.1. Interação física que envolve sempre sexo
	A.1.2. Interação física que pode não envolver só sexo	A.1.2. Interação física que pode não envolver só sexo
	A.1.3. Interação que pressupõe ausência de compromisso	A.1.3. Interação que pressupõe ausência de compromisso
	A.1.4. Interação que pode envolver o desconhecimento do Outro	A.1.4. Interação que pode envolver o desconhecimento do Outro
	A.1.5. Interação que deriva do consumo de álcool	A.1.5. Interação que deriva do consumo de álcool
A.2. Funções de One-Night Stand	A.2.1. Manipulação da líbido face à Excitabilidade contextual	A.2.1. Manipulação da líbido face à Excitabilidade contextual
	A.2.2. Procura de Sensações	A.2.2. Procura de Sensações
	A.2.3. Reforço da Autoestima	A.2.3. Reforço da Autoestima
	A.2.4. Evitamento da Intimidade	A.2.4. Evitamento da Intimidade
		A.2.5. Preenchimento de um sentimento de vazio afetivo

O segundo tema encontrado, ao remeter para as dinâmicas que antecedem, acompanham e sucedem o One-Night Stand, permitindo-nos explorar e olhar mais aprofundadamente a vivência desta experiência. As cinco categorias que emergiram nesta temática são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2

Recorte da matriz categorial respetiva ao Tema B, com contraste entre subgrupos

Tema B – Vivências do One-Night Stand		
	Subcategorias	
Categorias	Subgrupo masculino	Subgrupo feminino
B.1. Sentimentos e Pensamentos Antes do Encontro	B.1.1. Desejo Sexual B.1.2. Expetativas e Fantasias de Concretização B.1.3. Nervosismo	B.1.1. Desejo Sexual B.1.2. Adrenalina B.1.3. Ausência de pensamentos B.1.4. Confiança
B.2. Sentimentos e Pensamentos Durante o Encontro	B.2.1. Concretização do prazer B.2.2. Ausência de pensamentos	B.2.1. Concretização do prazer B.2.2. Ausência de pensamentos B.2.3. Ponderação das consequências
B.3. Sentimentos e Pensamentos Após o Encontro	B.3.1. Bem-estar B.3.2. Ausência de pensamentos e sentimentos B.3.3. Pensar sobre a experiência B.3.4. Arrependimento B.3.5. Ausência de Arrependimento	B.3.1. Bem-estar B.3.2. Poder de Concretização B.3. Pensar sobre a experiência B.3.4. Arrependimento B.3.5. Ausência de Arrependimento
B.4. Motivos que Levam ao Arrependimento	B.4.1. Estar demasiado alcoolizado B.4.2. Não usar métodos contracetivos B.4.3. Magoar alguém direta ou indiretamente B.4.4. Deceção com o Outro e com a situação B.4.5. Diferença de expetativas entre os parceiros	B.4.1. Estar demasiado alcoolizada B.4.2. Não usar métodos contracetivos B.4.3. Magoar alguém direta ou indiretamente B.4.4. Deceção com o Outro e com a situação B.4.5. Diferença de expetativas entre os parceiros B.4.6. A incompatibilidade da experiência com os princípios morais B.4.7. Os rótulos que advém da experiência
B.5. Perceção da Vivência do One-Night Stand no Sexo Oposto	B.5.1. A experiência é igual para rapazes e raparigas B.5.2. A experiência é diferente ao nível emocional	B.5.1. A experiência é igual para rapazes e raparigas B.5.2.A experiência é diferente ao nível emocional B.5.3. A experiência é mais frequente no sexo masculino

O terceiro tema encontrado, ao remeter para as conceções e para a vivência da Intimidade relacional dos(as) estudantes pertencentes à amostra, remete para um outro olhar da experiência do One-Night Stand. Um olhar à luz da intimidade, que contrapõe o estar nesta experiência e o ser num namoro. As categorias e subcategorias identificadas ao abrigo do Tema C são apresentadas, seguidamente, no Quadro 3.

Quadro 3

Recorte da matriz categorial respetiva ao Tema C, com contraste entre subgrupos

Tema C – One-Night Stand à Luz da Conceção e Vivência da Intimidade Relacional		
	Subcategorias	
Categorias	Subgrupo masculino	Subgrupo feminino
C.1. Conceções de Intimidade	C.1.1. Intimidade enquanto partilha total C.1.2. Intimidade enquanto experiência física e momentânea	C.1.1. Intimidade enquanto partilha total C.1.2. Intimidade enquanto experiência física e momentânea
C.2. One-Night Stand à Luz das Conceções de Intimidade	C.2.1. One-Night Stand enquanto experiência íntima C.2.2. One-Night Stand enquanto experiência fisicamente íntima C.2.3. One-Night Stand como experiência sem intimidade	C.2.1. One-Night Stand enquanto experiência íntima C.2.2. One-Night Stand enquanto experiência fisicamente íntima C.2.3. One-Night Stand como experiência sem intimidade
C.3. Namoro *vs*. One-Night Stand	C.3.1. Partilha de Sentimentos *vs*. Sexo C.3.2. Intimidade total *vs.* Intimidade Momentânea B.3.3. Durabilidade *vs*. Momento C.3.4. Conhecimento *vs*. Desconhecimento	C.3.1. Partilha de Sentimentos *vs*. Sexo C.3.2. Intimidade total *vs.* Intimidade Momentânea B.3.3. Durabilidade *vs*. Momento C.3.4. Conhecimento *vs.* Desconhecimento C.3.5. Confiança *vs*. Ausência de Confiança C.3.6. Ausência de Arrependimento *vs.* Arrependimento *

A última temática encontrada remete para os significados atribuídos à experiência universitária e para a influência do Ensino Superior na pática de One-Night Stands. As categorias e subcategorias que dão cor ao Tema D são expostas no Quadro 4.

Quadro 4

Recorte da matriz categorial respetiva ao Tema C

Tema D – Significados da Experiência Universitária e Contribuição do Ensino Superior na Prática de One-Night Stands		
	Subcategorias	
Categorias	Subgrupo masculino	Subgrupo feminino
D.1. Representações da Experiência Universitária	D.1.1. Universidade enquanto espaço de desenvolvimento pessoal D.1.2. Universidade enquanto espaço de construção de um futuro profissional D.1.3. Universidade enquanto espaço de construção e consolidação do Self	D.1.1. Universidade enquanto espaço de desenvolvimento pessoal D.1.2. Universidade enquanto espaço de construção de um futuro profissional D.1.3. Universidade enquanto espaço de construção e consolidação do Self
D.2. Experiência Universitária e Incursão em One-Night Stands	D.2.1. Universidade enquanto contexto promotor do One-Night Stand D.2.2. Universidade enquanto contexto desvinculado da prática de One-Night Stand	D.2.1. Universidade enquanto contexto promotor do One-Night Stand D.2.2. Universidade enquanto contexto desvinculado da prática de One-Night Stand
D.3. Caraterísticas do Contexto Universitário que Promovem o One-Night Stand	D.3.1. Maior autonomia e diminuição do controlo parental D.3.2. Pluralidade (na oferta) de interações sociais D.3.3. Falta de imposição de responsabilidades adultas e a possibilidade de experimentação	D.3.1. Maior autonomia e diminuição do controlo parental D.3.2. Pluralidade (na oferta) de interações sociais D.3.3. Falta de imposição de responsabilidades adultas e a possibilidade de experimentação D.3.4. Normatização das práticas de sexo ocasional

DISCUSSÃO

Apesar de todos(as) os(as) participantes se terem mostrado familiarizados com o termo "One-Night Stand" (ONS), uma certa dificuldade na definição destes encontros foi transversal a muitos dos relatos dos(as) estudantes. O que pareceu derivar de uma certa confusão relativamente às práticas que estes encontros compreendem. Porém, os participantes do sexo masculino destacaram a ausência de compromisso como a principal caraterística destas interações, enquanto as participantes femininas enfatizaram a forte associação de um consumo excessivo de álcool à incursão em sexo ocasional. Aparecendo o álcool como um pré-requisito à incursão destas participantes, que garantiram que sempre que incorrem num ONS estão embriagadas. Esta embriaguez parece tornar a experiência das participantes femininas menos intencional do que a dos participantes do sexo

masculino, uma vez que a resposta à excitabilidade contextual foi apontada como uma das principais funções que o ONS subjaz na vida relacional destas. Contrariamente aos participantes masculinos, para quem a experiência satisfaz essencialmente a procura de sensações e o reforço de autoestima.

Os resultados sugerem que a (muitas vezes) falta de intencionalidade da experiência e o foco exclusivo na satisfação de necessidades do Self levam à desvalorização e instrumentalização do (a) parceiro (a). O que parece sugerir que a experiência não leva nem à descoberta do Outro nem à descoberta de um Eu Relacional. De facto, o encontro em si aparece desvalorizado pela maioria dos(as) estudantes da amostra, que relataram que a excitação e o desejo que sentem antes do encontro, desvanecem com a passagem ao ato. Afirmando a quase totalidade dos rapazes e raparigas que o pós encontro fica marcado pelo arrependimento, o que corrobora as investigações de Fielder e Carey (2010) que defendem a forte associação do ONS ao despoletar deste sentimento.

Relativamente às razões que levam ao experienciar de Arrependimento, para os participantes do sexo masculino o consumo excessivo de álcool que retire a intencionalidade à incursão foi uma das subcategorias mais apontadas, tal como magoar alguém direta ou indiretamente. No que respeita às participantes do sexo feminino, é a deceção com o Outro e com a situação que mais motiva os sentimentos de arrependimento. Surpreendentemente, tendo em conta que a maioria dos(as) estudantes pertencentes à amostra banalizaram a falta de proteção nos encontros de sexo ocasional, apenas 2 rapazes e 5 raparigas aludiram que não usar métodos contracetivos os(as) levaria ao arrependimento. Não tão surpreendente é, contudo, se analisarmos esta falta de preocupação à luz da desvalorização que a totalidade da amostra dirigiu ao Outro, ao encontro e, inclusive, ao sexo. Desvalorização que é reforçada face às conceções de Intimidade dos(as) participantes de ambos os sexos. Conceções que baseadas em conceitos como empatia, conhecimento mútuo, amizade e afetos, levaram a que apenas 2 rapazes e 4 raparigas olhassem o ONS como uma experiência íntima. Defendendo os restantes que as relações de intimidade são muito mais gratificantes e potenciam mais prazer que os encontros de sexo ocasional.Posto isto, permitimo-nos a colocar uma questão: se não são percecionados como interações gratificantes, se colocam a saúde (física e psicológica) em risco, porque se tornaram os ONS na principal forma de interação íntima entre os(as) estudantes universitários(as)?

Mais do que poder contribuir para a compreensão do fenómeno do One-Night Stand, com o presente estudo objetivámos, particularmente, fomentar a reflexão sobre a influência das Relações Sociais no desenvolvimento e saúde dos(as) nossos(as) Adultos(as) Emergentes. Bem como sensibilizar a comunidade cientifica para declarada vulnerabilidade sexual e relacional dos(as) jovens estudantes universitários(as).

Num período do ciclo de vida particularmente rico ao nível de transições e modificações intra e inter relacionais, que consequências terão estas novas relações sociaisnas trajetórias de desenvolvimento dos(as) jovens estudantes? Parece-nos que, embora insuficientes, os nossos resultados alertam para a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o tema. Parece-nos pertinente a sugestão de um estudo longitudinal que incida sobre as

consequências relacionais da incursão em encontros de sexo ocasional. Ainda, arriscamos a apelar á necessidade da implementação de mais políticas preventivas que instruam os(as) nossos estudantes, que os munam com ferramentas essenciais a uma boa gestão emocional, que estimulem as suas competências comunicacionais e interpessoais e que, particularmente os eduquem para e com os afetos. Urge a necessidade de promover relações positivas, urge a necessidade de educar para prevenir e promover a saúde.

REFERÊNCIAS

Arnett, J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469-480. doi: 10.1037/0003066X.55.5.469

Arnett, J. J. (2001). Conceptions of the transition to adulthood: Perspectives from adolescence to midlife. *Journal of Adult Development*, *8*, 133-143.

Arnett, J. (2007). The long and leisure route: Coming of age in Europe today. *Current History*, *106*, 130-136.

Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bogle, K. A. (2008). *Hooking-up: Sex, dating and relationships on campus*. New York: New York University Press.

Fielder, R. L., & Carey, M. P. (2010). Predictors and consequences of sexual ‘‘hookups’’ among college students: A short-term perspective study. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 1105-1119.doi: 10.1007/s10508-008-9448-4.

Garcia, J., Reiber, C., Massey, S., & Merriwether, A. (2012). Sexual hook up culture: A review. *Review of General Psychology*, *16*, 161-176. doi: 10.1037/a0027911

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: Teoria e prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta Editora.

Glenn, N., & Marquardt, E. (2001). *Hooking up, hanging out and hoping for Mr. Right. College women on dating and mating today*. New York: Institute for American Values.

Grello, C. M., Welsh, D. P., & Harper, M. S. (2006). No strings attached: The nature of casual sex in college students. *Journal of Sex Research*, *43*, 255-267.

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*. Newbury Park, CA: SAGE

Krippendorff, K. (1989). Content analysis. In E. Barnouw, G. Gerbner, W. Schramm, T. L. Worth, & L. Gross (Eds.), *International encyclopedia of communication* (Vol. 1, pp. 403-407). New York, NY: Oxford UniversityPress.

McAnulty, R. (2012). *Sex in college: The things they don't write home about.* Santa Barbara, California: ABC-CLIO, LLC.

Paul, E., McManus, B., & Hayes, A. (2000). "Hookups": Characteristics and correlates of college students' spontaneous and anonymous sexual experiences. *The Journal of Sex Research*, *37*, 76-88. doi: 10.1080/00224490009552023

Quaye, S., & Harper, S. (2015). *Student engagement in higher education: Theoretical perspectives and practical approaches for diverse populations* (2nd ed.). New York: Routledge.

Stinson, R. (2010). Hooking up in young adulthood: A review of factors influencing the sexual behavior of college students. *The Journal of College Students Psychotherapy, 24*, 98-115. doi: 10.1080/87568220903558596

Terenzini, P. T., Pascarella, E. T., & Blimling, G. S. (1996). Students' out of classroom experiences and their influence on learning and cognitive development: A literature review. *Journal of College Student Development*, *37*, 149-162.

Townsend, J., & Wasserman, T. (2011). Sexual hook ups among college students: Sex differences in emotional reactions. *Archives of Sexual Behavior, 40*, 1173-1181. doi: 10.1007/s10508-011-9841-2

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Preditores de ajustamento ao envelhecimento em mulheres idosas com cancro da mama?

FRANCIS CARNEIRO (*)
SOFIA VON HUMBOLDT (**)
ISABEL LEAL (***)

Globalmente tem havido um aumento exponencial da população com mais de 60 anos de idade, como resultado do aumento da esperança média de vida e o declínio dos valores de natalidade (WHO, 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), no ano 2050, dois biliões de pessoas terão mais de 60 anos de idade, sendo a maioria mulheres. A literatura sugere que o cancro pode ser considerado como a doença das pessoas idosas. Os diagnósticos predominantes nesta faixa etária têm sido o cancro da mama, o cancro colo-retal, o cancro da próstata e o cancro de pulmão (Wiesel, 2013). O carcinoma mamário é o diagnóstico mais predominante a nível mundial, assim como a principal causa de morte na população feminina. As mulheres idosas não são exceção pelo facto de fazerem parte desta secção populacional (Wildiers et al., 2007). Além disso, as percentagens de sobrevivência para o cancro da mama encontram-se nos 80% para os países desenvolvidos, nos 60% para os países em desenvolvimento e abaixo dos 40% nos países menos desenvolvidos (Coleman et al., 2008). As mulheres idosas sobreviventes ao cancro da mama, têm vindo portanto, a aumentar e são um alvo de preocupação à medida que avançam na idade, por poder apresentar maior probabilidade para ter uma fraca saúde (Helgeson, 2011). Este grupo apresenta maiores níveis de distress psicológico, prevalência da dor, insónia e fadiga (Cheng & Lee, 2011), auto-imagem corporal negative e baixa auto-estima (Helgeson, 2011).

O Ajustamento ao Envelhecimento (AAE) é um conceito multidimensional e que se distingue dos conceitos de bem-estar e qualidade de vida (Fernández-Ballesteros, 2010; von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2012). O AAE pode envolver a interação dinâmica entre autonomia, controlo, auto-aceitação, crescimento pessoal, rede social positiva e objetivo de vida (von Humboldt et al., 2012). As mulheres idosas podem alcançar o seu AAE através do equilíbrio entre os sistemas cognitivos e motivacionais (Thomae, 1992; von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2012). O conceito de envelhecimento bem-sucedido envolve um processo de ajustamento contínuo (Lewis, 2011).

O AAE tem vindo a ser associado com benefícios emocionais, biológicos e físicos oriundos da auto-regulação adaptativa perante os desafios tipicamente inerentes ao

(*) ISPA – Instituto Universitário, Portugal.
(*) Universidade Lusíada, Portugal.
(*) ISPA – Instituto Universitário / William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal.

envelhecimento (Wrosch, Dunne, Sheier, & Shulz, 2006). Deste modo, a mulheres idosas sobreviventes ao cancro da mama podem experienciar a sua vivência como uma adaptação psicossocial positiva, no sentido em que possibilita o aumento da saúde psicológica, crescimento pessoal, restruturação da perspetiva de vida e reorganização do projeto pessoa (Oliveira, 2014). Além disso, o aumento do AAE assume um papel relevante num envelhecimento bem-sucedido, especialmente no caso das mulheres idosas com cancro da mama em remissão, tendo em conta a idade em que se encontram e os desafios associados à sua condição crónica. Não obstante, os estudos acerca do AAE são ainda escassos na literatura gerontológica (von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2012), não havendo investigações anteriores que explorem a influência do bem-estar subjetivo, sentido interno de coerência, variáveis socio-demográficas e variáveis ligadas à saúde e estilo de vida relativamente ao AAE, numa população transcultural de mulheres idosas com cancro de mama em remissão. Considerando a prevalência do cancro da mama na adultícia avançada e os desafios específicos inerentes a este grupo, futuros conhecimentos acerca das variáveis que influenciam o AAE são necessários. O principal objetivo deste estudo preliminar é a exploração dos preditores do AAE numa amostra de mulheres idosas com cancro da mama em remissão e pertencentes à comunidade. Para tal, foi elaborado uma modelo estrutural dos preditores do AAE englobando o bem-estar subjetivo (BES), o sentido interno de coerência (SIC), as variáveis socio-demográficas e as variáveis ligadas á saúde e ao estilo de vida.

MÉTODO

Participantes

Duzentas e catorze mulheres idosas com cancro da mama em remissão, pertencentes à comunidade e de diferentes nacionalidades (Angolana, Inglesa e Portuguesa) participaram neste estudo transnacional. As participantes tinham idades entre os 75 e os 94 anos (M=81,54; DP=3,72), sendo a maioria casada (62,6%), inativas profissionalmente (61,2%) e habitantes em áreas rurais (56,5%).

Material

As variáveis socio-demográficas (idade, rendimento, situação profissional, estado civil, educação, agregado familiar, residência, e espiritualidade e percebida) e as variáveis ligadas ao estilo de vida e à saúde (atividade física, lazer, perceção de saúde, doença recentes e medicação) foram avaliadas através de um questionário. O AAE, o BES e o SIC foram medidos através de instrumentos com boas qualidades psicométricas. Em estudos prévios o AAE foi medido em 22 itens através da Escala de Ajustamento ao Envelhecimento (ATAS) (von Humboldt, Leal, Pimenta, & Maroco, 2013). As respostas foram dadas num escala do tipo Likert (7 pontos) e cujos scores variavam entre 1=*não é importante de todo* a 7=*absolutamente importante*. A Escala apresentou uma elevada

consistência interna (α=0,89).O BES foi operacionalizado através de duas facetas que o constituem: a afetiva e a cognitiva. A dimensão cognitiva foi avaliada através da Versão portuguesa do PANAS (Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), constituída por 20 itens e cujos scores variam de 1=*muito pouco* a 5=*extremamente*. Esta escala mede os afetos positivos e os afetos negativos, ambas com uma boa consistência interna (α=0,86 e α=0,89, respetivamente, na versão portuguesa) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988). A dimensão cognitiva foi avaliada através da versão portuguesa da Escala de Satisfação com a Vida (ESV) (Simões, 1992), a partir da original (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) constituída por 5 itens e cujos score variam de 1=*discordo completamente* a 7=*concordo completamente*. A consistência interna na versão portuguesa de 0,78. O SIC foi medido através do Questionário de Orientação para a Vida (Antonovksy, 1993), sendo este constituído por uma escala de 29 itens do tipo Likert que apresentou também uma elevada consistência interna (α=0,82). Os scores vão 1 (*nunca*) a 7 (*sempre*) e fazem parte deste instrumento três subescalas (compreensibilidade, gestão e significância).

Procedimento

Foi fornecido às participantes uma breve descrição do estudo por via telefónica ou pessoalmente, por forma a convidá-las a participar no estudo. A amostra foi recolhida através de universidades sénior e centros comunitários locais na área metropolitana de Lisboa e região do Algarve. Após receberem o consentimento informado as participantes foram avaliadas cognitivamente. Assim, foram consideradas elegíveis: (a) mulheres idosas com cancro da mama em remissão; (b) mulheres com 75 anos ou mais; (c) participantes cujo resultado do Mini-Exame do Estado Mental fosse superior a 26 (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). As questões éticas do presente estudo seguiram as normas da Associação de Psicologia Americana e a Declaração de Helsínquia. O comité de ética e os revisores do William James Research Center, do ISPA – Instituto Universitário e a Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) aprovaram esta investigação. Os dados foram analisados através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (version 19.0; SPSS, An IBM company, Chicago, IL) e Analysis of Moment Structures (AMOS) software for Windows (version 20.0; SPSS, An IBM company, Chicago, IL).

RESULTADOS

O ajustamento do modelo de medição foi bom (χ^2/df=2,34; p<0,0001; CFI=0,99; GFI=0,94; RMSEA=0,03), assim como o do modelo estrutural (χ^2/df=2,44; p<0,0001; CFI=0,94; GFI=0,91; RMSEA=0,04. As variáveis avaliadas corresponderam a 79,2% da variabilidade do AAE.

DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo preliminar foi a construção de um modelo estrutural que permitisse explorar os preditores do AAE numa amostra de mulheres idosas com cancro da mama em remissão. Os nossos resultados revelaram que a espiritualidade percebida apresentou o maior impacto no AAE, contrariamente ao local de residência. As variáveis explicaram 79,3% da variabilidade do AAE no modelo estrutural deste estudo. Estes resultados, assim como os pontos fortes e as limitações deste estudo, irão ser discutidos com maior detalhe. A espiritualidade percebida foi o preditor mais forte para o AAE. Investigações anteriores sugerem uma relação positiva entre a espiritualidade e certos componentes do ajustamento ao envelhecimento, tais como, crescimento pessoal, suporte social e objetivo de vida (Dillon & Wink, 2007). De facto, as mulheres sobreviventes do cancro da mama podem beneficiar da sua experiência de doença através de crescimento individual e sentido para a vida (Patrão & Leal, 2004).Os nossos resultados indicam que as variáveis de estilo de vida, tais como, lazer, atividade física e estatuto profissional são preditores significantes para o AAE. A literatura indica também que o lazer, as atividades físicas e produtivas podem minimizar quer as consequências negativas oriundas do tratamento para o cancro (Helgeson, 2011; Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão & Leal, 2004),quer o impacto negativo das perdas sociais, psicológicas e físicas inerentes ao envelhecimento (Burholt & Scharf, 2014).As atividades físicas e cognitivas têm também vindo a ser associadas ao bem-estar na adultícia avançada, por encorajarem o enraizamento social, sentido de propósito e comportamentos saudáveis (Huxhold, Miche, & Schüz, 2014). Por outro lado, o local de residência apresentou impacto no AAE. Este resultado corrobora a literatura recente que enfatiza a importância dos fatores ambientais para a população idosa (Bowling & Dieppe, 2005). Na presente amostra, a perceção positiva da saúde encontrou-se positivamente associada ao AAE. As mulheres idosas com cancro da mama em remissão apresentam maiores probabilidades para manifestar uma saúde mental física mais deficitária (Mystakidou, et al., 2013), assim como um maior risco de desenvolver co-morbilidades, tais como outros tipos de cancro, doenças cardio-vasculares, osteoporose e diabete Mellitus (Demark-Wahnefried, Morey, Sloane, Snyder, & Cohen, 2009). Deste modo, estes resultados vão de encontro à literatura, no sentido em que a perceção positiva de saúde tem relevância para o AAE (von Humboldt, Leal, & Pimenta, 2014). Os resultados demonstraram também que a idade, o rendimento e o nível educacional não se encontraram significativamente relacionados com o AAE. É, no entanto, provável que outras variáveis sociodemográficas, não controladas no presente estudo, possam ter influenciado os valores do AAE das participantes. O estado civil, por sua vez, surgiu como preditor positivo do AAE para a presente amostra. Todavia, o agregado familiar não apresentou um impacto significativo para o AAE. É assim possível que os maridos providenciem assistência, o que justifica também a relação forte entre a perceção de saúde positiva com o AAE. As interações negativas em relações próximas, como com os familiares, não apresentam consenso ao nível da literatura (Litwin, 2009). A investigação mais recente indica que o tipo de relacionamento e a proximidade têm de ser consideradas em conjunto quando associadas à questão do suporte social de pessoas idosas (Westerhof,

Whitbourne, & Freeman, 2011). Deste modo, nós colocamos a hipótese de que outra forma de suporte social, não incluída neste estudo, tal como amigos e vizinhos, poderá providenciar assistência para estas mulheres idosas. Curiosamente, no presente estudo o SIC foi um preditor significativo para o AAE. O SIC é um recurso e um preditor do bem-estar (Eriksson & Lindström, 2006). Assim, surge a hipótese de que o SIC poderá influenciar positivamente o AAE das mulheres idosas através da promoção de condições e comportamentos que medeiam ou moderam o AAE. Apesar dos resultados preliminares do presente estudo terem demonstrado a relevância da espiritualidade percebida, do lazer e atividade física como os principais preditores do AAE em mulheres idosas com cancro da mama em remissão, certas limitações devem ser tidas em consideração. Esta investigação teve um *design* exploratório e transversal, o que impede a generalização destes resultados. Adicionalmente, a utilização de uma amostra por conveniência pode ter levado a um certo viés na seleção. A dimensão da amostra (214 participantes) foi adequada para este tipo de análise estatística, de acordo com a regra comum dos 5 participantes por variável manifesta, que é recorrentemente praticada no modelo de equação estrutural. Dada a ausência de multicolinearidade, boas propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados e o bom ajustamento das medidas e dos modelos estruturais, estes resultados são estatisticamente válidos e fiáveis.

Futuros estudos longitudinais são necessários para analisar a estabilidade dos preditores surgidos na população de mulheres idosas sobreviventes do cancro da mama. As variáveis incluídas no nosso modelo estrutural explicaram 79,2% da variabilidade do AAE. No entanto, outras variáveis, não inseridas neste estudo, como, o tipo e a qualidade do suporte social, podem também afetar o AAE. Mais, este modelo estrutural inclui somente efeitos diretos das variáveis preditoras. Os efeitos da mediação e a moderação das correlações devem também ser incluídos em futuras investigações. Em conclusão, os nossos resultados preliminares demonstraram diversas variáveis que contribuem positivamente para o AAE das mulheres idosas com cancro da mama em remissão. Cuidados de saúde futuros, assim como intervenções comunitárias com esta população podem beneficiar com a inclusão de crenças e práticas espirituais, em combinação com atividade de lazer e atividades de promoção de saúde, pelo facto de poderem instrumentalmente promover a interação social, cognitiva e física que em última instância contribui para comportamentos de saúde positiva.

REFERÊNCIAS

Antonovksy, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine, 36*, 725-733. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z033-z

Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ, 331*, 1548-1551. http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548

Burholt, V., & Scharf, T. (2014). Poor health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 311-324. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt121

Cheng, K., & Lee, D. (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology, 78*, 127-137. http://dx.*doi*.org/*10.1016/j.critrevonc*

Coleman, M., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J., Angelis, R., Capocaccia, R., . . . Young, J. (2008). Cancer survival in five continents: A worldwide population-based study (CONCORD). *The Lancet Oncology, 9*, 730-756. http://dx.*doi*.org/10.1016/S1470-2045(08)70179-7

Demark-Wahnefried, W., Morey, M., Sloane, R., Snyder, D., & Cohen, H. (2009). Promoting Healthy Lifestyles in Older Cancer Survivors to Improve Health and Preserve Function. *Journal of the American Geriatrics Society*, 264-262. http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02507.x

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Dillon, M., & Wink, P. (2007). *In the course of a lifetime: Tracing religious belief, practice and change.* Berkeley, CA: University of California Press.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*, 376-381. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041616

Fernández-Ballesteros, R. (2010). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research Quality Life, 6*, 21-40. http://dx.doi.org/10.1007/s11482-010-9110-x

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Resourch, 12*, 189-198.

Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 23*, 219-227. http://dx.doi.org/10.14417/ap.84

Helgeson, V. (2011). Survivor centrality among breast cancer survivors: Implications for well-being. *Psychooncology, 20*, 517-524. http://dx.*doi*.org/10.1002/pon.1750

Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2014). Benefits of having friends in older ages: Differential effetcs of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 366-375. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbt029

Lewis, J. (2011). Successful aging through the eyes of Alaska Natives. What it means to be an Elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist, 51*, 540-547. http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnr006

Litwin, H. (2009). Social networks and well-being: A comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *Educational Gerontology*, 599-608. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbp104

Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*, 165-184. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36290114

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Panagiotou, I., Zygogianni, A., Giannikaki, E., & Gouliamos, A. (2013). Geriatric depression in advanced cancer patients: The effect of cognitive and physical functioning. *Geriatrics & Gerontology International, 13*, 281-288. http://dx.*doi*.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00891.x

Oliveira, C. (2014). Suffering and salutogenesis. *Health promotion International, 30*, 222-227. http://dx.*doi*.org/ 10.1093/heapro/dau061

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*, 53-73. http://hdl.handle.net/10400.12/1055

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, 26*, 503-515.

Thomae, T. (1992). Contributions of longitudinal research to a cognitive theory of adjustment to aging. *European Journal of Personality, 6*, 157-175. http://dx.doi.org/10.1002/per.2410060207

von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2012). Assessing subjective age and adjustment to aging in a Portuguese and German older population: A comparative multiple correspondence analysis. *International Journal of Psychological Studies, 42*, 141-153. http://dx.doi.org/10.5539/ijps.v4n2p141

von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2014). What predicts older adults' adjustment to aging in later life? The impact of sense of coherence, subjective well-being and socio-demographic, lifestyle and health-related factors. *Educational Gerontology, 40*, 641-654. http://dx.doi.org/10.1080/03601277.2013.860757

von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2013). Assessing adjustment to aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (AtAS). *Social Indicators Research, 119*, 455-472. http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0482-9

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*, 1063-70. http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

Westerhof, G., Whitbourne, S., & Freeman, G. (2011). The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 67*, 52-60. http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbr075

Wiesel, T. (2013). Cancer and aging handbook. Research and practice – Book review. *Psycho-Oncology, 22*, 1676-1677. http://dx.doi.org/10.1002/pon.3336

Wildiers, H., Kunkler, I., Biganzoli, L., Fracheboud, J., Vlastos, G., Bernard-Marty, C., . . . Aapro, M. (2007). Management of breast cancer in elderly individuals: Recommendations of the International Society of Geriatric Oncology. *The Lancet Oncology, 8*, 1101-1115. http://dx.doi.org/10.1016/s1470-2045(07)70378-9

World Health Organization (WHO). (28 de March de 2012). *Ageing and life course – Interesting facts about ageing*. Retirado de 22/09/2014 em http://www.who.int/ageing/about/facts/en/

Wrosch, C., Dunne, E., Sheier, M., & Shulz, R. (2006). Self-regulation of common age-related challenges: Benefits for older adults' psychological and physical health. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 299-306. http://dx.doi.org/10.1007/s10865-006-9051-x

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Consumo de substâncias na população universitária

GONÇALO FERREIRA (*)
GRAÇA ANDRADE (*)
ANDRÉ COELHO (*)

Os estudantes universitários representam uma população jovem e, à partida, saudável (Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012). Contudo, comparando com a população em geral, o grupo etário entre os 15 e 24 anos apresenta maior consumo de substâncias psicoactivas (CS) (Balsa, Vital, & Urbano, 2013; Johnston, O'Malley, Bachman, Schulenberg, & Miech, 2013). De acordo com o estudo de Balsa et al. (2013) para a população portuguesa, a prevalência do consumo de álcool e de *binge drinking* é, respetivamente, de 75% e de 41% nos jovens portugueses entre os 19 e os 30 anos. O consumo de tabaco entre os 18 e 24 anos varia, em função da idade, entre os 14.7% e os 34.5%. No mesmo grupo etário cerca de 30% consumiu sedativos, tranquilizantes ou hipnóticos nos últimos 5 anos, cerca de 45% consumiu *marijuana* e 75,7% utilizou *ecstasy*. Como é sabido, o uso de substâncias pode afetar negativamente não só a saúde física e psicológica, como o próprio desempenho académico, podendo ter um impacto social negativo.

A perspectiva desenvolvimentista contextualiza o CS nas características psicológicas e sociais deste período de desenvolvimento psicológico. Nas últimas décadas tem sido amplamente aceite a diferenciação de um período de desenvolvimento específico que ocorre depois da adolescência e que precede a plena entrada na adultidade. Arnett (2000, 2006) salienta que este período, que designa de Adultidade Emergente (AE), se caracteriza por um aumento significativo de liberdade com pouca responsabilidade acrescida. Por outro lado, o jovem dispõe ainda de um leque alargado de possibilidades de escolha (e.g., profissionais, amorosas), sem compromissos definitivos assumidos, os quais ocorrem geralmente mais tarde (i.e., entrada no mundo do trabalho, criação de um relação estável com um parceiro e/ou constituição de família).

As características psicológicas e sociais da AE parecem estar relacionadas com o pico de comportamentos de risco que ocorre neste período. A tarefa desenvolvimentista de exploração de identidade promove a motivação para a experimentação e, consequentemente, a procura de novas experiências, na qual se incluem o contacto e consumo regular de substâncias (Zuckerman, 2007). Num período em que o jovem se separa dos pais e necessita de se envolver em situações novas, a perceção moderada de

(*) Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal.

invulnerabilidade pode ser adaptativa (Lapsley, 2003). Contudo, níveis elevados de invulnerabilidade, conducentes a uma perceção de baixo risco, podem levar o jovem a não reconhecer ou a não evitar situações perigosas como, por exemplo, o consumo excessivo de substâncias (Zuckerman, 2007).

De acordo com este modelo desenvolvimentista, Bachman et al. (2012) propõem que o grau de CS é determinado pelos papéis desempenhados pelo indivíduo durante a AE, mas também pelos contextos que lhes estão associados. Vários estudos confirmam este pressuposto. Os jovens que vivem fora de casa tendem a ter um CS mais elevado do que aqueles que continuam a viver em casa dos pais (Staffet al., 2010). Alguns estudos indicam que assumir papéis familiares com mais responsabilidade (i.e., relação amorosa sólida, emprego, casamento ou parentalidade) pode ser um fator protetor relativamente ao CS (Duncan, Wilkerson, & England, 2006).

De acordo com o modelo proposto por Bachman et al. (2012), a relação entre os papéis desempenhados e o CS é também mediada por factores idiossincráticos, como os estilos de vida, as crenças, as relações sociais e os valores. Por exemplo, durante o período da AE há normalmente um aumento de saídas à noite, muitas vezes para bares e discotecas, o que está associado a um aumento de consumo de drogas e álcool (Bachman et al., 2012; Lomba, Apóstolo, Mendes, & Campos, 2011). Alguns estudos confirmam a relação entre as crenças e atitudes e o comportamento de CS nos jovens. Aqueles que apresentam níveis de consumo mais baixos tendem para uma perceção elevada de risco (Abadi, Shamblen, Thompson, Collins, & Johnson, 2011) e têm atitudes e expetativas menos positivas em relação ao CS (Perkins & Wechsler, 1996), embora estas relações parecem não ter a mesma intensidade para todo o tipo de substâncias (Stone et al., 2012).

Também a perceção do número de amigos que consomem (Abadi et al., 2011) bem como da maior acessibilidade percebida das substâncias (Scribner et al., 2008) parecem estar associadas a maior consumo. É de salientar que a relação com o número de amigos que consomem é bidirecional, na medida em que os jovens que consomem tenderão a selecionar para as suas relações mais próximas outros jovens com atitudes e comportamentos semelhantes (Andrews, Tildesley, Hops, & Li 2002).

O presente estudo incide sobre o consumo de substâncias psicoactivas, em particular tabaco, medicamentos sem receita médica, tranquilizantes, estimulantes, álcool e *bingedrinking*, em estudantes do Ensino Superior. Tem como objetivo o estudo da relação destes comportamentos com algumas das características contextuais do período da AE (local de habitação, trabalhador estudante e presença em situações de consumo) e com crenças relacionadas com o consumo (percepções de risco, desaprovação pessoal e de terceiros relativa ao CS).

MÉTODO

O presente estudo é do tipo transversal, descritivo e correlacional.

Participantes

A amostra de conveniência é constituída por estudantes do Ensino Superior a frequentar cursos em diferentes áreas[1], provenientes de 11 universidades e politécnicos na área de Grande Lisboa e concelho de Almada. Os 225 estudantes que participaram apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (M=20,87; ±1,75), sendo 23,6% do género masculino e 76,4% do género feminino. Todos os estudantes foram informados do objetivo e da pertinência do estudo, do anonimato dos dados bem como da sua utilização apenas para fins de investigação.

Os dados apresentados inserem-se num estudo mais vasto sobre comportamentos de saúde em estudantes do Ensino Superior, em desenvolvimento por um grupo de investigadores da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa. No presente artigo são apresentados os resultados preliminares relativos ao consumo de substâncias.

Material

Para a avaliação do CS foram utilizadas as perguntas relacionadas do *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler (1982), adaptado para a população portuguesa (Ribeiro, 2004). A este questionário foi ainda acrescentada uma pergunta sobre *binge drinking,* na medida em que se trata de um comportamento particularmente frequente na população académica. As respostas a este questionário são dadas em escala de Likert de 5 pontos.

As variáveis cognitivas (crenças relativas à aprovação pessoal do consumo, perceção de aprovação e de consumo por terceiros, perceção de risco), assim como a frequência de situações em que o indivíduo presenciou o consumo foram avaliadas através de questões já utilizadas no *Monitoring Future National Survey Results on Drug Use 1975-2014* (Johnston et al., 2014). As respostas são dadas em escala de Likert (e.g.,"*Em que medida acha que as pessoas correm riscos (físicos ou outros) quando consomem tranquilizantes?*").

Procedimento

Os contactos com as instituições de Ensino Superior participantes decorreram entre março e abril de 2015 e os dados foram recolhidos entre maio e junho, através de questionário *on-line.*

O estudo estatístico exploratório incluiu a análise das associações (χ^2) das variáveis em estudo com o CS. Uma vez verificada a significância da associação, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para o estudo da independência entre grupos. A escolha deste teste teve como base tratarem-se de variáveis ordinais e nominais com duas ou mais categorias, bem como a dimensão da amostra (n>30). O intervalo de confiança utilizado neste estudo é de

[1] Engenharia; Ciências Sociais e Humanas (Psicologia, Direito, Economia, Letras); Educação; Desporto; Saúde; Artes.

95% (valor *p* significativo de ≤0.05). No tratamento de dados utilizou-se o IBM SPSS Statistics versão 20.0.

RESULTADOS

Relativamente às características contextuais da AE não se verificam diferenças no consumo de substâncias entre os estudantes que trabalhame os que não trabalham. Os estudantes que moram fora de casa referem mais comportamentos de *Binge Drinking* [$H(1)=10,05$, $p<0,001$] e consumo de medicamentos [$H(1)=4,21$, $p=0.04$] em comparação com os que os que vivem com os pais. Para os restantes consumos não se encontraram relações significativas com o local de habitação do estudante.

Ainda relativamente às características contextuais da AE, o consumo de todas as substâncias é diferente em função da frequência com que o indivíduo presencia situações de consumo. Relativamente ao *binge drinking*, ao consumo de medicamentos e tabaco, verifica-se que o consumo é mais elevado nos grupos que testemunham frequentemente situações de consumo, diminuindo progressivamente até à categoria que inclui os que nunca presenciam situações de consumo (Quadro 1).

Quadro 1

Valores do teste Kruskal-Wallis para comparação do CS em função da frequência da presença em situações de consumo

				Valor Central			
	H	*gl*	*p*	Nunca	Uma ou duas vezes	Ocasional-mente	Frequente-mente
Álcool	28,83	3	<0,0001	121,50	75,45	95,11	130,08
Bingedrinking	30,13	3	<0,0001	64,26	89,03	120,10	121,61
Medicamentos	18,73	3	<0,0001	93,48	107,25	121,05	155
Estimulantes	9,78	3	0,02	107,64	129,70	117,11	93,50
Tranquilizantes	12,56	3	<0,01	104,60	119,08	137,48	99,33
Tabaco	17,38	3	<0,001	78	83,63	97,80	121,40

Para o estudo das relações entre o CS e as variáveis cognitivas, consideraram-se a aprovação pessoal, a percepção de aprovação dos amigos e a perceção de risco.

O consumo de álcool, medicamentos, estimulantes, tranquilizantes, tabaco e o *binge drinking* é diferente nas várias categorias de aprovação pessoal. O consumo é mais baixo nos grupos que desaprovam fortemente, aumentando nos grupos que desaprovam e sendo ainda mais elevado nos grupos que aprovam o consumo (Quadro 2).

Quadro 2

Valores do teste Kruskal-Wallis para comparação do CS em função da aprovação pessoal do consumo

				Valor Central		
Consumos	*H*	*gl*	*p*	Não desaprovo	Desaprovo	Desaprovo Fortemente
Álcool	12,42	2	0,002	118,71	73,95	54,33
Bingedrinking	56,09	2	<0,0001	142,82	88,33	67,53
Medicamentos	28,78	2	<0,0001	145,54	109,89	80,64
Estimulantes	4,27	2	0,11	129,37	115,40	109,96
Tranquilizantes	9,81	2	<0,01	129,43	109,15	106,27
Tabaco	52,81	2	<0,0001	144,28	104,25	84,37

De forma semelhante, o consumo de todas as substâncias apresenta valores mais baixos nas categorias em que é percebida maior desaprovação social, encontrando-se valores de consumo mais elevados nos grupos de estudantes que referem que os amigos aprovam o consumo da substância (Quadro 3).

Quadro 3

Valores do teste kruskal-Wallis para comparação do CS em função da aprovação do consumo pelos amigos

				Valor Central		
Consumos	*H*	*gl*	*p*	Não desaprovo	Desaprovo	Desaprovo Fortemente
Álcool	11,20	2	<0,01	117,47	75,48	62,90
Bingedrinking	21,61	2	0,000	126,67	87,35	84,50
Medicamentos	10,40	2	<0,01	128,45	103,89	96,11
Estimulantes	10,39	2	<0,01	140,78	112,60	107,88
Tranquilizantes	9,12	2	0,01	130,55	107,69	107,73
Tabaco	7,14	2	<0,05	119,36	112,98	94,84

Para todas as substâncias, à exceção dos tranquilizantes, os grupos com perceção de risco mais altos são os que apresentam consumos mais elevados, ocorrendo o inverso nas categorias que percepcionam menor risco no comportamento de consumo. No caso dos tranquilizantes é o grupo com uma percepção moderada de risco que consome mais este tipo de substância.

Quadro 4

Valores do teste kruskal-Wallis para comparação do CS nos três grupos de percepção de risco

				Valor Central		
Consumos	*H*	*gl*	*p*	Não desaprovo	Desaprovo	Desaprovo Fortemente
Álcool	25,53	3	<0,0001	161,50	117,40	90,17
Bingedrinking	17,63	4	0,001	136,80	139,80	104,63
Medicamentos	10,58	4	0,03	141,79	123,24	104,64
Estimulantes	2,29	3	0,51	*	127,55	112,76
Tranquilizantes	45,18	4	<0,0001	111,83	96,00	120,14
Tabaco	5,33	4	0,25	128,25	124,99	110,31

Nota. * N<5. A categoria Nenhum risco não foi considerada, pois para todas as substâncias apresentava N<5.

DISCUSSÃO

O presente estudo foca a relação do CS com factores cognitivos e contextuais da AE. Os resultados confirmam a ligação entre as variáveis cognitivas e o CS, proposto no modelo de Bachman et al. (2012). Para todas as substâncias em estudo, são os estudantes que aprovam o CS e que têm uma perceção de maior aprovação social do consumo (i.e., aprovação dos amigos) que apresentam uma utilização mais frequente de substâncias. Estes dois tipos de aprovação (pessoal e social) não podem ser entendidos separadamente, na medida em que a aprovação pessoal resulta, em parte, da perceção da norma social (Cialdini & Trost, 1998). Esta relação assume um interesse particular se se considerar que a perceção da aprovação e consumo de amigos em contexto universitário pode ser sobrestimada (Kilmer, Hunt, Lee, & Neighbors, 2007; Steyl & Phillips, 2011), facilitando um maior envolvimento em consumos de risco (Lewis & Neighbors, 2004). A informação sobre o real CS e (des)aprovação dos grupos de referência, de forma contrariar esta distorção cognitiva, parece ser um aspeto importante a considerar na intervenção com população universitária.

Vários estudos identificam a perceção de risco como um preditor do evitamento do consumo de substâncias (e.g., Abadi et al., 2011). Os resultados do presente estudo confirmam que os estudantes com perceção mais elevada de risco fazem uma menor utilização de substâncias, com exceção para os tranquilizantes. Trabalhar a perceção de risco do CS poderá ser uma forma eficaz não só de promover uma atitude mais negativa em relação ao consumo, mas também de confrontar a minimização de riscos que pode ocorrer quando há uma utilização frequentemente de substâncias psicoactivas.

De acordo com o modelo de Bachman et al. (2012), os fatores contextuais terão também um papel relevante na modelação dos comportamentos de CS. O viver fora das casas dos pais, porque promove a autonomia e a liberdade de experimentação, pode promover o CS durante a AE. A revisão de estudos feita, Bachman e colaboradores relativos ao local de habitação, confirma esta relação no caso do consumo de marijuana, álcool e *binge drinking*, mas não para outros consumos, como por exemplo o de cocaína. Os resultados apresentados no presente estudo apontam para que a desinibição de consumo nos estudantes que não moram com os pais se verifica para o *binge drinking* e consumo de medicamentos.

Ainda de acordo com os nossos resultados, a frequência com que o indivíduo testemunha situações de consumo parece estar relacionada com a utilização de todas as substâncias em estudo.

O facto de os estudantes trabalharem não parece diferenciar significativamente o CS. Convém salientar que na população académica a maioria trabalha em part-time e geralmente em atividades que não exigem grande responsabilidade, acabando por não ter um impacto muito significativo na mudança de estatuto social percebido pelo estudante.

Este estudo apresenta algumas limitações, das quais a principal remete para a avaliação do CS ser feita através de questões que, embora específicas a comportamentos de consumo de substâncias, fazem parte de um questionário que visa avaliar os estilos de vida de uma forma global.

Em conclusão, os resultados obtidos parecem promissores pois salientam a importância das crenças individuais no processo de CS, as quais podem ser um alvo primordial de intervenção.

REFERÊNCIAS

Abadi, M. H, Shamblen, S. R., Thompson, K., Collins, D. A., & Johnson, K. (2011). Influence of risk and protective factors on substance use outcomes across developmental periods: A comparison of youth and young adults. *Substance use & Misuse*, *46*, 1604-1612. doi: 10.3109/10826084.2011.598598

Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology*, *21*, 349-357. doi: 10.1037/0278-6133.21.4.349

Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood – A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, *55*, 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469

Arnett, J. J. (2006). Emerging adulthood: Understanding the new way of coming of age. In J. J. Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century* (pp.3-19). Washington, DC: American Psychological Association.

Bachman, J. G., O'Malley, P. M, Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., Bryant, A. L., & Merline, A. C. (2012). *The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles and beliefs.* New York: Psychology Press.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Piscoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity and compliance. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & L. Gardner (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., Vols. 1-2, pp. 151-192). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Duncan, G. J., Wilkerson, B., & England, P. (2006). Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography*, *43*, 691-710.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber & A.M. Reinhardt (Ed.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 99-134). New York: Collier MacMillan Publishers.

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Miech, R. A. (2015). *Monitoring the future – National survey results on drug use 1975-2014*. Disponível em http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/mtf-overview2014.pdf

Kilmer, J. R., Hunt, S. B., Lee, C. M., & Neighbors, C. (2007). Marijuana use, risk perception, and consequences: Is perceived risk congruent with reality? *Addictive Behaviors*, *32*, 3026-3033. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.07.009

Lapsley, D. K. (2003). The two faces of adolescent invulnerability. In D. Romer (Ed.), *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach* (pp. 25-31). Thousand Oaks: Sage Productions, Inc.

Lewis, M. A., & Neighbors, C. (2006). Social norms approaches using descriptive drinking norms education: A review of the research on personalized normative feedback. *Journal of American College Health, 54*, 213-218. doi: 10.3200/JACH.54.4.213-218

Lomba, L., Apóstolo, J., Mendes, F., & Campos, D. C. (2011). Jovens portugueses que frequentam ambientes recreativos nocturnos. Quem são e comportamentos que adoptam. *Toxicodependências*, *17*, 3-15.

Perkins, H. W., & Wechsler, H. (1996). Variation in perceived college drinking norms and its impact on alcohol abuse: A nationwide study. *Journal of Drug Issues*, *26*, 961-974.

Ribeiro, J. L. P. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, *XXII*, 387-397.

Scribner, R., Mason, K., Theall, K., Simonsen, N., Schneider, S. K., Towvim, L. G., & DeJong, W. (2008). The contextual role of alcohol outlet density in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *69*, 112-120.

Staff, J., Schulenberg, J. E., Maslowsky, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Maggs, J. L., & Johnston, L. D. (2010). Substance use changes and social role transitions: Proximal developmental effects on ongoing trajectories from late adolescence through early adulthood. *Development and Psychopathology*, *22*, 917-932. doi: 10.1017/S0954579410000544

Steyl, T., & Phillips, J. (2011). Actual and perceived substance use of health science students at a university in the Western Cape, South Africa. *African Health Sciences*, *11*, 329-333.

Stone, L. A., Becker, G. L., Huber, M. A., & Catalano, F. R. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, *37*, 747-775.

Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Necessidade da melhoria dos espaços urbanos saudáveis e sustentáveis no Amazonas

HERON SALAZAR COSTA (*)
SUELY A. DO N. MASCARENHAS (*)
DOMKARLYKISOM MAHAMEDE MORAES FERREIRA (*)
ANTONIO ROAZZI (**)
J. PAIS RIBEIRO (***)

A Constituição brasileira estabelece em seu artigo 225 que "todos têm direito ao ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defende-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações". Estabelece ainda no inciso VI do parágrafo único que o poder público deve "promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio ambiente".

Ao se estudar as necessidades ambientais de uma sociedade, não podemos desconsiderar a percepção dos indivíduos sobre os objetos que atendem essas necessidades, pois o ser humano se destaca dos demais seres vivos, dentre outras características, pela capacidade coletiva e tecnológica de modificar o ambiente, eao longo de sua evolução, tem agido seguindo uma percepção de que o ambiente se constitui em fonte de recursos para atender necessidades. Nos últimos 50 anos, a preocupação com a limitaçãoambiental para sustentar a crescente demanda por recursos naturais imposta pelo aumento populacional e difusão de um modo de vida baseado no consumo exagerado temsido bastante divulgada e está presente nos corações e mentes das pessoas. No entanto, o fato da preocupação com a sustentabilidade do ambiente ter sido bastante difundida não significa necessariamente em um maior potencial de mudança de hábitos em favor da sustentabilidade ambiental. Com a marcante presença na mídia do tema "aquecimento global e suas consequências", as pessoas passaram a se preocupar mais com a questão ambiental e demonstram interesse pelas questões ambientais, mas não ainda sob um enfoque profundo (Mascarenhas & Costa, 2014). Tal preocupação parece não ser consequência de um processo de educação, mas sim por força da mídia, pois os referidos autores concluem que os resultados revelam modestos indicadores de exercício da cidadania e inserção socioeconômica.Isso reforça a necessidade de políticas públicas mais voltadas para educação ambiental no sentido de mudar hábitos.

Mesmo no atual nível de desenvolvimento material atingido pela humanidade, ainda não fomos capazes de proporcionar as condições mínimas para a grande maioria da população

(*) Universidade Federal do Amazonas, Brasil.
(**) Universidade Federal de Pernambuco, Brasil.
(***) Universidade do Porto, Portugal.

do planeta. Ainda que, esse perídoapós a segunda grande guerra tenha sido marcado pelo desprendimento de esforços no sentido de garantir direitos humanos e, mais recentemente, direito a um ambiente saudável, para todos, pouco se tem alcançado. Tal limitação está muito mais relacionada com uma má distribuição dos benefícios gerados com a exploração dos recursos do que com a falta de recursos (Relatórios do PNUD, 1997, 2011).

O presente trabalho teve como objetivo avaliar e comparar as necessidades ambientais de moradores de espaços rurais e urbanos no Estado do Amazonas Brasil a partir da caracterização socioeconômica e do padrão de respostas para ao questionário "Higiene e conservação e sustentabilidade do ambiente doméstico" (Mascarenhas & Costa, 2011).

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa transversal habitantes de diversos municípios do Estado do Amazonas (Brasil) que constituíram uma amostra de n=1150 pessoas residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes habitantes, 32% residem no Munícipio de Humaitá, 42% Manicoré, 7,4% Lábrea, 11% Benjamim Constant, 6,3% Tabatinga e 1,5% em Manaus.

Com relação à idade esta amostra é composta por 65.3% de Jovens Adultos (com idade entre 18 e 25 anos); 34,6% Adultos (com idade entre 26 a 60 anos) e 0,1% na Terceira Idade (acima de 61 anos). Sendo 57,9% do sexo feminino e 42,1% do sexo masculino. No que diz respeito à etnia, 31,8% se declararam pardos; 28,2% se brancos; 18,5% indígenas, 11,7% negros, 7,2% caboclos e 2,6% não especificaram a etnia.

No que se refere ao indicador de cidadania Escolaridade temos 2,2% sem estudo, 19,1% possuem Ensino Fundamental incompleto, 10,2% Ensino Fundamental completo, 23,7% Ensino Médio incompleto, 15,3% Ensino Médio completo, 24,3% Ensino Superior incompleto, 3,1% Ensino Superior completo e apenas 2,0% da amostra possuem Pós-graduação.

Com relação à renda familiar temos 33,2% não possuem renda fixa, 26,7% tem renda familiar até 01 salário mínimo, 22,8% renda familiar de 02 a 03 salários mínimo, 5,2% de 03 a 05 salários mínimo, e apenas 1,8% possui renda familiar acima de 05 salários mínimo. Com base na classificação de nível socioeconômico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 59,9% da amostra pertencem à classe baixa, ou seja, tem renda mensal entre zero e dois salários mínimo.

Material

Os instrumentos utilizados para obtenção dos dados apresentados e discutidos neste texto foram obtidos a partir da aplicação do questionário sociodemografico da pesquisa e da Escala sobre representações/expectativas quanto a mudanças climáticas/meio ambiente

(Mascarenhas & Costa, 2011). A escala é constituída por 9 itens. 8 itens fechados, repartidos em escala Likert de 5 pontos. Sendo (1) Totalmente em desacordo; (2) Nem de acordo nem em desacordo; (3) De acordo; (4) Parcialmente de acordo; (5) Totalmente de acordo. Foi incluído um item aberto para uma resposta livre sobre o tema em avaliação que não integra a escala.

Procedimento

Os dados foram coletados em diversos contextos institucionais e comunitários. O instrumento foi aplicado por pesquisadores experientes de modo anônimo e aleatório a pessoas acima de 18 anos que tenham domínio da leitura e da escrita considerando que exige domínio da leitura e interpretação de textos. Foram observados procedimentos éticos vigentes. O tempo variou dentre 15 e 20 minutos considerando o preenchimento do questionário sócio cultural.

Os dados coletados foram enviados à coordenação da pesquisa e receberam tratamento estatístico com o apoio do programa SPSS, o LAPESAM/UFAM/Humaitá com o apoio de pessoal treinado sob a supervisão da coordenadora da pesquisa. Para os objetivos deste estudo, são apresentados resultados descritivos da pesquisa notadamente média e desvio padrão por item destacado e dimensão, e Anova, com objetivo de verificar se há diferença entre níveis de bem estar psicológico entre homens e mulheres.

RESULTADOS

No Quadro 1 estão apresentados os valores de frequência para as respostas dos itens usados para caracterizar a condições de habitação dos pesquisados.

Quanto ao tipo de material usado para construção da casa 43,6% das respostas válidas foram para casa de alvenaria, 44,95% para madeira e apenas 11,4% foram para mista. De tal resultado se conclui que está havendo uma mudança na escolha do tipo de material para construção das casas, pois e Fraxe (2010) e Ypiranga (1977) descrevem as moradias dos moradores da zona rural como sendo predominantemente feitas de madeira. Tal mudança pode ser explicada pela facilidade que essas populações passaram a ter acesso ao material de alvenaria e pela diminuição da facilidade do acesso â madeira. Essa diminuição da facilidade de acesso à madeira se explica pelo encarecimento desse produto e pelo aumento da fiscalização sobre o corte de árvores.

Nos Quadros 2 e 3 estão apresentados os elementos de estatística descritiva para o resultado da análise das frequências das respostas para o item: “Acredito que as pessoas possam adotar novos hábitos e preservar o meio ambiente para todos” (Quadro 2) e para o item: “Considero que na comunidade onde moro existem condições que permitem a prática da reciclagem de resíduos domésticos e de outros procedimentos que minimizam o descarte no meio ambiente” (Quadro 3).

Quadro 1

Itens de caracterização das condições de habitação dos entrevistados na pesquisa

			Percentagem (%)	
Itens	Condição	Frequência	Do total amostrado	Válida
Tipo de construção	Alvenaria	646	39,2	43,6
	Madeira	665	40,4	44,9
	Mista	169	10,3	11,4
	Total	1480	89,8	100,0
Água encanada	Sim	1283	77,9	86,2
	Não	206	12,5	13,8
	Total	1489	90,4	100,0
Fossa sanitária	Sim	1145	69,5	77,4
	Não	335	20,3	22,6
	Total	1480	89,8	100,0
Fonte de água para uso doméstico	Rio	186	11,3	12,7
	Poço	600	36,4	41,0
	Chuva	74	4,5	5,1
	Companhia	605	36,7	41,3
	Total	1465	88,9	100,0
Possui energia elétrica	Sim	1458	88,5	98,0
	Não	29	1,8	2,0
	Total	1487	90,2	100,0

Quadro 2

Respostas dos participantes ao item: Acredito que as pessoas possam adotar novos hábitos e preservar o meio ambiente para todos"

	Opções de respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulado
Válidos	Totalmente em desacordo	78	4,7	5,1	5,1
	Nem de acordo nem desacordo	99	6,0	6,5	11,7
	De acordo	340	20,6	22,4	34,0
	Parcialmente de acordo	187	11,3	12,3	46,3
	Totalmente de acordo	815	49,5	53,7	100,0
	Total	1519	92,2	100,0	
Perdidos	Sistema	129	7,8		
Total	1648	100,0			

Fonte: Base de dados pesquisa de campo, LAPESAM/UFAM, 2012-2013.

Quadro 3

Respostas dos participantes ao item:"Considero que na comunidade onde moro existem condições que permitem a prática da reciclagem de resíduos domésticos e de outros procedimentos que minimizam o descarte no meio ambiente"

Item	*N*	Mín	Máx	*M*	*SD*
Recebe orientação de órgão públicos sobre a busca por direitos individuais e da comunidade?	421	1,00	3,00	1,84	
Considero que na comunidade onde moro existem condições que permitem a prática da reciclagem de resíduos domésticos e de outros procedimentos que minimizam o descarte no meio ambiente	1150	1,00	5,00	2,60	1,48

Fonte: Base de dados pesquisa de campo, LAPESAM/UFAM, 2012-2013.

As respostas dos entrevistados para a pergunta sobre o recebimento ou não de orientações de órgãos públicos sobre a busca por direitos individuais e da comunidade indicam a falta de orientação. Para o item que trata sobre as condições materiais que favoreçam a prática da reciclagem, as opiniões foram mais quase que divididas, mas isso não inviabiliza a afirmação de que há uma necessidade material.

No Quadro 4 estão os resultados da análise estatística descritiva para as respostas obtidas para o item 6: "Percebe exemplos na comunidade de pessoas que zelam pelo meio ambiente".

Quadro 4

Estatística descritiva para o item: "Percebe exemplos na comunidade de pessoas que zelam pelo meio ambiente"

	Opções de respostas	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulado
Válidos	Totalmente em desacordo	233	14,1	21,2	21,2
	Nem de acordo nem desacordo	180	10,9	16,3	37,5
	De acordo	299	18,1	27,2	64,7
	Parcialmente de acordo	182	11,0	16,5	81,2
	Totalmente de acordo	207	12,6	18,8	100,0
	Total	1101	66,8	100,0	
Perdidos	Sistema	547	33,2		
Total	1648	100,0			

Fonte: Base de dados pesquisa de campo, LAPESAM/UFAM, 2012-2013.

Considerando-se os resultados acima descritos podemos afirmar que os entrevistados manifestam interesse em adotar boas práticas em favor do ambiente (Quadro 2. Na qual se nota que a maioria dos entrevistados acreditam que as pessoas possam adotar novos hábitos e preservar o meio ambiente para todos, e; Quadro 4. Na qual consta que a maioria dos entrevista consegue perceber exemplo de boas ações em favor do ambiente. No entanto fica clara a necessidade da ação do poder público para orientar (item 1 do Quadro 3) e em menor grau, a necessidade de condições que favoreçam a adoção de boas práticas em favor do ambiente (item 2 Quadro 3).

No Quadro 5 estão apresentados as estatísticas descritivas para as frequências das respostas dos itens que caracterizam o modo como os entrevistados lidam com seus resíduos.

Quadro 5

Itens de caracterização do modo de como os entrevistados lidam com seus resíduos

	N	Mín	Máx	*M*	*SD*
Procuro reciclar os resíduos domésticos para minimizar o descarte no meio ambiente.	1148	1,00	5,00	3,38	1,28
Os resíduos (sobras de alimentos, papéis, latas, vasilhames de plástico, alumínio, vidros, dentre outros) são enterrados.	681	1,00	5,00	2,43	1,37
Os resíduos (sobras de alimentos, papéis, latas, vasilhames de plástico, alumínio, vidros, dentre outros) são queimados.	679	1,00	5,00	2,55	1,44
Os resíduos (sobras de alimentos, papéis, latas, vasilhames de plástico, alumínio, vidros, dentre outros) são reaproveitados e-ou vendidos.	673	1,00	5,00	3,20	1,45
Os resíduos (sobras de alimentos, papéis, latas, vasilhames de plástico, alumínio, vidros, dentre outros) são queimados e deixados sobre um terreno separado.	679	1,00	5,00	2,50	1,43
Os resíduos (sobras de alimentos, papéis, latas, vasilhames de plástico, alumínio, vidros, dentre outros) são queimados e deixados sobre uma parte de terreno qualquer.	660	1,00	5,00	2,18	1,38

Fonte: Base de dados pesquisa de campo, LAPESAM/UFAM, 2012-2013.

O tratamento predominante dado aos resíduos gerados pelos entrevistados é muito diversificado, não havendo um padrão de tratamento. Essa falta de padrão, muito provavelmente está relacionada com ocorrência ou não do serviço de coleta. No entanto a falta do serviço de coleta abre outras possibilidades de tratamento. O que depende do tipo de resíduo predominante. Ou seja, se for predominantemente orgânico, é recomendada a prática de compostagem. Em caso de predominância de resíduos inorgânicos poderá ser a reciclagem.

DISCUSSÃO

A falta de boas condições de habitação dos moradores da região amazônica já foram apontadas como uma motivação para adoção de um modo de vida que vai de encontro aos ideais de dignidade humana, no entanto, pelos resultados apresentados, percebe-se uma mudança no padrão da qualidade das condições de habitação, o que parece favorecer o desenvolvimento de intenções da adoção de ações positivas ao ambiente. Conclui-se pela necessidade de ampliar os estudos de modo a contribuir com novos conhecimentos que favoreçam a construção de políticas públicas para melhoria dos indicadores de qualidade de vida e o compromisso individual e social com os cuidados para com um ambiente saudáveis sustentáveis no Amazonas/Brasil.

REFERÊNCIAS

Brasil, Constituição Federal do Brasil. acesso por http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_02.12.2014/index.shtm

Costa, H. S., Zanchi, F. B., Mascarenhas, S. A. do N., Figueiredo, M., Oliveira-Filho, H. M., & Ferreira, D. M. M. (2015). Representações de habitantes do Amazonas sobre mudanças climáticas, ambiente e sustentabilidade – desafios da cidadania ambiental. In S. A. do N. Mascarenhas (Coord.), *Em busca de justiça social, cidadania, democracia, sustentabilidade e qualidade de vida em contextos amazônicos*. *Pesquisa em educação, psicologia, sociedade e ambiente* (Cap. 6, pp. 101-120). São Paulo, Brasil: Loyola.

Fraxe, T. J. P. (2010). *Cultura Cabocla-Ribeirinha: Mitos, lendas e transculturalidade* (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Annablume.

Mascarenhas, S. A. do N., & Costa, H. S. (2011). Escala Sobre Representações/expectativas quanto a mudanças climáticas/meio ambiente. In S. A. Mascarenhas (coord.) *Projeto de pesquisa: mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas analisando seus efeitos sobre a cidadania e inserção socioeconômica, Manaus, Humaitá*, Decisão 172/FAPEAM (não publicado).

Mascarenhas, S. A. do N., & Costa, H. S. (2014). Consciência ambiental, sustentabilidade e qualidade de vida de habitantes do amazonas. *Revista EDUCAmazônia, 7*, 242-275.

Monteiro, Mário Y. (1977). História da cultura amazonense (Vol. 1). Manaus, Brasil: Impr. Oficial.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (1997). *Relatório do Desenvolvimento Humano 1997 – Desenvolvimento Humano para Erradicar a Pobreza.* Coimbra: Edições Almedina, AS.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2011). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2011 – Sustentabilidade e Equidade: Um Futuro Melhor para Todos*. Coimbra: Edições Almedina, AS.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Cidadanias aprisionadas de brasileiras imigrantes ilegais: Implicações na saúde e qualidade de vida

IEDA FRANKEN (*)
NATÁLIA RAMOS (**)

A necessidade de investigar sobre o construto cidadania saúde e qualidade de vida no contexto imigratório internacional nasceu durante a realização do estudo empírico direcionado para o fenômeno da imigração de brasileiros e portugueses na cidade de Genebra/Suíça no ano de 2009. Naquele trabalho identificou-se mulheres brasileiras imigrantes ilegais que viviam e trabalhavam na Suíça, forampara esse país em busca de uma vida melhor para si e para os filhos menores que as acompanharam, pois não tiveram coragem de deixá-los no país de origem (Franken, 2010). Ousaram enfrentar as vicissitudes do processo imigratório internacional, aventurar-se no desconhecido, ao lado de filhos (as), mas sabendo, através de informações de redes sociais de apoio, de que nesta nova terra suas crianças teriam o direito, mesmo na condição de imigrantes sem papéis, a escola pública de qualidade, até aos 18 anos de idade. Após esta idade, estes adolescentes inseridos civilmente no mundo adulto, e ainda sem papéis que os autorizem a viver e trabalhar no país necessitarão buscar soluções para a nova e crucial realidade: o aprisionamento de sua cidadania – exatamente o que viveram seus progenitores.

Contexto imigratório internacional, cidadania, saúde e qualidade de vida

Atualmente, a globalização tem favorecido a deslocação espacial, designadamente os movimentos migratórios. A relação entre a migração e a busca por melhores condições de vida, tem-se registrado como uma das maiores forças vetoriais na decisão de imigrar (Franken, 2010; Martine, 2005; Ramos, 2004, 2008, 2009; Reis & Ramos, 2013).

Segundo dados obtidos da Organização das Nações Unidas – ONU (2014) existem 232 milhões de migrantes internacionais (3,2% da população) e 59% deles vivem em países desenvolvidos. O número total de não nacionais (pessoas que não são cidadãos do respectivo país de residência) que viviam no território de um Estado-Membro da EU, em 1 de janeiro de 2010, era de 33,3 milhões de pessoas. Atualmente, estima-se que existam mais de 240 milhões de migrantes internacionais e, destes, cerca de 100 milhões são mulheres, constituindo a feminização das migrações uma das características das migrações contemporâneas. Em 2010 na Europa, era a Suíça o país que apresentava o rácio mais elevado de imigrantes por habitantes, 21 imigrantes por 1000 habitantes (Eurostat, 2013).

(*) Universidade Federal da Paraíba, Brasil.
(**) Universidade Aberta de Lisboa, Portugal

A imigração ilegal ou clandestina tem aumentado em todo o mundo, nomeadamente na Europa, sendo difícil apresentar estatísticas exatas. As mulheres constituem um grande número de imigrantes nesta situação, com consequência a diferentes níveis. A imigração ilegal encontra ajuda decisiva através das redes sociais da própria imigração, estruturadas em comunidades familiares ou de procedência comum, a sua função mais importante sendo a de ajudar as suas próprias comunidades no processo imigratório. As migrações são uma constante do mundo globalizado, caracterizadas por conflitos étnicos, religiosos, políticos, e desigualdades de desenvolvimento, forçam populações a emigrar, regular ou irregularmente, sem supor que enfrentarão novos problemas e riscos, a exemplo da sua cidadania, dos seus direitos fundamentais, como trabalhadores, da sua saúde e qualidade de vida (Ramos, 2008, 2014, 2015).

A cidadania está historicamente relacionada ao surgimento da vida nas cidades, a ideia de cidadania surgiu pela primeira vez na Grécia antiga e etimologicamente deriva do termo latim *civitatem* que significa cidade (cidade e conjunto de cidadãos), que, por sua vez, traduz a palavra grega polis, que se refere às cidades-estados e fundamentavam a organização social grega, na antiguidade. Mas, ser cidadão de uma cidade-estado era um privilégio de poucos, não só na Grécia, mas nascivilizações antigas – egípcia, grega e romana – observa-se que entre elas, embora havendo especificidades, a cidadania se restringia à participação política de determinadas classes sociais, pois o cidadão era aquele que morava na cidade e participava de seus negócios (Dinalli, Ferreira, & Teotônio 2005).

Os séculos XIX e XX foram responsáveis por progressos significativos que se repercutiram no conceito de cidadania. A cidadania passou a ser um direito do indivíduo, mas também o dever do Estado em ofertar condições mínimas para o exercício desse direito, incluindo, portanto, a proteção ao direito à vida, aos cuidados básicos de saúde, à educação, à informação, à participação nas decisões públicas. Deste modo, a cidadania nasce como uma cidadania nacional e territorial, e percebe-se que esta característica passa, nos últimos tempos, a ser relativizada pela globalização (Dinalli et al., 2005).

Marcada pela expansão das tecnologias de informação ecomunicação, das atividades transnacionais, ao nível financeiro, político, cultural e social, a globalização favoreceu a mobilidade populacional e social, a interculturalidade e multiplas identidades, mas também aumentou conflitos e limites para o exercício da cidadania e produziu o cidadão "desterritorializado". O estrangeiro ilegal, despojado de identidade e cidadania, não tem direitos; mas no dia-a-dia na terra de acolhimento, atende a muitos deveres, tais como o de trabalhar sem garantias, com horários de trabalhos alargados, ausência de morada, saúde e educação; não é identificado, e quando identificado, é um infrator. Esta situação de ilegalidade que mantém aprisionada a sua cidadania, pode comprometer os direitos, a saúde e qualidade de vida destes imigrantes (Junqueira, 2009; Ramos, 2008, 2014).

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde, como "*estado de perfeito bem estar físico, mental e social, total, e não apenas ausência de doença ou de incapacidade"* (WHO, 1948). Existem várias concepções para a definição de saúde. Porém, para qualquer conceito formulado, é essencial referir-se a um equilíbrio instável do ser humano, em relação com fatores biológicos, meio ambiente, sociocultural e simbólicos, que permitem a

cada ser humano crescer, potencializar suas necessidades em função dos seus próprios interesses e da sociedade na qual se encontra imerso. Quando algum desses elementos se modifica, todos os outros se alteram, para buscar um novo equilíbrio do ser humano. A saúde é mais que um estado, é um processo contínuo de restabelecimento do equilíbrio. Esta concepção implica que para manter-se em equilíbrio, é necessária a satisfação de uma série de factores como: socioeconómicos, ambientais, biológicos e assistenciais, traduzindo-se, assim, na capacidade de viver como cidadão de pleno direito, de produzir, reproduzir e criar a cultura e desenvolvimento (Franken, 2010; Ramos, 2004).

Vários estudiosos têm-se ocupado em estudar a presença ou a ausência de doenças em indivíduos e grupos aparentemente expostos à influência do mesmo ambiente físico e condições sócioeconómicas. Entre os fatores psicossociais, o fenómeno da migração vem recebendo atenção daqueles, pois é um evento capaz de alterar os padrões de adaptação individual, familiar ou de interação social, acarretando alterações na saúde física, mental, bem como na concepção de qualidade de vida, dos atores imigrantes. Estes estudos mostraram que certos grupos de migrantes com uma exposição alta de diversos tipos de riscos e fatores de estresses, apresentam uma saúde e qualidade de vida menor (Franken, 2010; Franken, Coutinho, & Ramos, 2009; Ramos, 2004, 2008, 2009).

Representações Sociais

Segundo o pensamento de Moscovici (1961), toda representação surge da necessidade de transformar o que é estranho, o que não é compreendido, em algo familiar. Essa seria uma das funções principais da representação: "domar o desconhecido". Em geral, os grupos produzem representações também como uma forma de filtrar a informação que provém do ambiente. É um tipo de manipulação do processo do pensamento e da estrutura da realidade psicossocial. A "representação social é compreendida como a elaboração de um objeto social pela comunidade com o propósito de conduzir-se e comunicar-se" (Moscovici, 2003, p. 251). Neste sentido, estudar as representações sociais de mães imigrantes sem documentos para viver e trabalhar na cidade de Genebra /SW à luz desta teoria passa necessariamente pela apreensão de um conhecimento compartilhado, viabilizado na interação entre o saber do senso comum e o saber científico.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido utilizando a entrevista enquanto dispositivo enunciativo e pretendeu dar respostas às questões: *Qual o motivo da imigração? Estas mães conhecem as limitações legais para seus filhos? Quais os seus planos com relação ao futuro de seus filhos ao completarem 18 anos? Como avaliam a sua saúde e qualidade de vida neste processo imigratório? Como esperam conquistar sua cidadania?* Visando abordar estes conhecimentos, foram entrevistadas 12 mães, que migraram ilegalmente com as suas famílias e/ou com filhos menores para a cidade de Genebra, Suíça. Trata-se portanto, de um

estudo de campo com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado na cidade de Genebra, na Suíça. A amostra foi de conveniência, e dela participaram 12 mães imigrantes entrevistadas entre Outubro de 2013 a Outubro de 2014. A entrevista semidirigida foi precedida por algumas questões sóciodemográficas. Como procedimentos para o processamento dos dados sociodemográficos, utilizou-se a estatística descritiva e inferencial; os conteúdos das entrevistas foram sistematizados a partir das questões para a realidade, desta para a abordagem conceitual, da literatura para os dados, se repetindo e entrecruzando até que a análise atinja pontos de desenho significativo de um quadro, multifacetado sim, mas passível de visões compreensíveis (Alves & Silva, 1992). Este estudo foi realizado considerando os aspectos éticos pertinentes a pesquisas que envolvem seres humanos (Resolução no 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996).

RESULTADOS

Observa-se que cinco das participantes, 41,6% possuem idade entre 25 a 30 anos; seis (50%) afirmaram possuir estado civil solteiras; nove (75,1%) possuem escolaridade de nível médio ou superior; as 12 mães participantes deste estudo imigraram com um total de 15 filhos sendo que nove (75%) delas imigraram somente com um filho, e a faixa etária destes 15 filhos ficou em sua maioria, nove (60%), entre 4 a 11 anos de idade; nove destas mães (75%) possuem entre um a três anos de imigração conforme mostra o Quadro 1.

Para 10 participantes (83%) a imigração deu-se por motivos laborais/econômicos e através de informações de redes sociais, parentes ou amigos já imigrantes naquela cidade. Em relação ao futuro, estas mães são unânimes em sonhar que a situação de ilegalidade (delas) no país de acolhimento possa ter um fim através de duas opções por elas apresentadas: alguém que queira legalizá-las como trabalhadoras (mas sabem da dificuldade deste processo) ou através de um casamento com um cidadão Suíço, ou Europeu residente e legalizado para viver e trabalhar na cidade. Ou ainda, aguardar que seus filhos(as) completem a maioridade e possam obter a sua cidadania através das mesmas condições. Enquanto isto, estes filhos irão trabalhar na ilegalidade, como as mães.

Ao serem questionadas sobre a avaliação da sua saúde, a quase totalidade das participantes (n=11) refere gozar de boa saúde física, bem como os seus(as) filhos(as). Quando adoecem geralmente é um processo gripal provocado pelas mudanças de temperatura. Uma participante referiu ter enfrentado um sério problema de saúde, logo no início de seu processo imigratório: "*fiquei em choque, não sabia a língua, dependia dos outros para tudo e sem papéis, foi um horror baixou minha imunidade e tive uma infecção urinária tremenda*" (sic). Enfrentou dificuldades financeiras, pois os atendimentos médicos foram necessários e particulares, o que consumiu grande parte de suas economias. Além disso, ficou sem trabalho, dependendo financeiramente dos familiares que a acolheram na cidade. Refere que hoje existem serviços de atendimento médico gratuito e distribuição de

medicação aos imigrantes ilegais, mas ela (e outras mulheres) evitam aderir a estes serviços, pois nestes locais cadastram os atendimentos e, apesar de o serviço garantir o sigilo, fica registrada a ilegalidade no país e isto provoca medo a todas que vivem esta condição. Quatro participantes revelaram sofrer frequentemente de insônia e dores nas costa/coluna, mas não procuram atendimento médico optando por automedicação. Acreditam que estas dores "são normais" por causa do trabalho e da sua condição de imigração. Dez afirmam que a incerteza de seu futuro e de seus filhos quanto à legalidade no país é uma das maiores preocupações, sendo muitas vezes este é o maior motivo de suas insônias.

Quadro 1

Dados sócio demográficos das participantes

Variáveis		Frequência	Percentual
Sexo	Feminino/Mães	12	100%
Idade das mães	25 a 30 anos	5	41,6
	31 a 36 anos	4	33,4
	37 ou mais	3	25,0
Total		12 mães	100
Estado Civil	Solteira	6	50
	Casada	2	16,6
	Divorciada	4	33,4
Total	12 mães	100	
Escolaridade	Nível médio Incompleto	3	25,0
	Nível Médio Completo	7	58,4
	Superior Completo	2	16,7
Total		12	100
N° de filhos que acompanharam a imigração	1 filho	9	75
	2 filhos	3(x2)	25
	Mais de 2 filhos	0	0
Total		15	100
Idade dos filhos quando imigraram	4 a 7 anos	6	40
	8 a 11 anos	3	20
	12 a 15 anos	4	26,6
	16 a 17 anos	2	13,4
Total de filhos imigrantes		15 filhos	100
Tempo de imigração	De 1 a 3 anos	9	75
	Mais de 3anos	3	25
Total		12 mães	100

Ao serem questionadas sobre a avaliação da sua qualidade de vida, nove participantes avaliaram como boa, referindo que apesar das dificuldades encontradas relativamente à sua ilegalidade no local de acolhimento, consideram que desfrutam de uma boa qualidade de vida. Referem que seu emprego apesar de ser desgastante e aquém da sua escolaridade

(nove mães (75%) possui ensino médio completo e/ou superior, mas trabalham como *garçonetes* ou domésticas) lhes parece adequado para sustentar a si e aos seus filhos, conseguem fazer economias, têm bons transportes e segurança em deslocar-se, têm colégio perto de casa para os filhos e muitos parques que oferecem oportunidades de lazer e segurança para si e seus filhos. Consideram que estão vivendo numa cidade onde a qualidade de vida é uma das maiores do mundo. Mas, a maioria das participantes (*n*=8) refere o preconceito que as mulheres brasileiras sofrem, pois são consideradas desleais, e prostitutas pela maioria dos autóctones; referem também a exploração no trabalho, pois muitas de suas patroas não respeitam os seus horários de trabalho, alargando os mesmos além do estipulado, e vêem-se na impossibilidade de requerer os seus direitos por medo do desemprego e da sua condição de ilegalidade no país.

DISCUSSÃO

Das informações colhidas observa-se entre as representações que os atores produzem o mundo que os rodeia, ancorando este estímulo em sentimentos que refletem as suas vivências neste universo social (Moscovici, 2003). As participantes revelam uma satisfação quase como obrigatória para avaliar positivamente a sua qualidade de vida, pois vivem e trabalham numa cidade considerada uma das melhores do mundo quanto à qualidade de vida oferecida à sua população. Igualmente, as representações destes participantes acerca do estímulo qualidade de vida corroboram com a perspectiva teórica de Doise (1990), ao referir que a posição ou inserção social dos indivíduos e grupos é o determinante principal de suas representações.

Observa-se em diferentes estudos que o conceito de qualidade de vida é plural e multifacetado, varia de autor para autor e, atribuindo aos aspectos objetivos, subjetivos, o próprio estado de saúde, os valores a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Estas participantes ao referirem possuir uma qualidade de vida, identificam como determinantes os fatores ambientais como transporte, segurança, salários e escola para filhos. Estes achados corroboram a pluralidade do conceito qualidade de vida referida por diferentes estudiosos (Franken, 2010; Seidl & Zannon, 2004).

No que se refere à saúde, estas participantes reprimem os sentimentos de medo do ir-e-vir na cidade que a ilegalidade lhes infringe, revelam os sentimentos de medo do ir-e-vir na cidade que a ilegalidade lhes infringe, evitam buscar os serviços de saúde quando necessitam, optam pela automedicação para evitar a visibilidade da sua condição de imigrante ilegal. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos internacionais (Ramos, 2004, 2008). O sonho de um casamento como solução para resolver esta situação de imigrante ilegal é revelado por todas as participantes. Enquanto isto não acontece, vão vivendo com a sua cidadania, e a de seus filhos, *aprisionada* e com grande possibilidade de que os filhos, ao completarem 18 anos, reproduzirão esta situação ampliando os elos

desta corrente de medos, limitações sociais, e comprometimento na sua saúde e na qualidade de vida. Como na idade antiga, a cidadania não é para todos os que vivem e trabalham na polis (Dinalli et al., 2005).

Em conclusão, este trabalho estudou a saúde e qualidade de vida de mães que imigraram ilegalmente, para a cidade de Genebra, levando consigo os seus filhos menores. Constata-se que em busca de uma melhor qualidade de vida, que visualizam ser oferecida nesta cidade, "aprisionam a sua cidadania" e a de seus filhos, em troca da certeza de um trabalho remunerado e de uma escola gratuita e de qualidade para os seus filhos. Esta amostra reduzida põe em evidência a necessidade de novos estudos que poderão aprofundar as questões de cidadania qualidade de vida e saúde desta parcela da população.

REFERÊNCIAS

Alves, Z. M. M. B., & Silva, M. H. G. F. D. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: Uma proposta. *Paidéia Ribeirão Preto, 2*, 61-69.

Dinalli, A., Ferreira, L. A. C., & Teotônio, P. J. F. (2005). *Constituição e construção da cidadania.* São Paulo: Editora Mizuno.

Doise, W. (1990). Les representations sociales. In C. I. B. Ghen & J. F. Richard (Orgs.), *Traité de psychologie cognitive*. Paris: Dunod.

Eurostat. (2013). *Estatísticas de migración y población Migrante.* Madrid: UE.

Franken, I., Coutinho, M. P. L., & Ramos, N. (2007). Migração e qualidade de vida. O pensamento social de brasileiros migrantes. In E. Krutzen & S. Vieira (Orgs.), *Psicologia social, clínica e saúde mental* (pp. 160-179). João Pessoa: EDUFPB.

Franken, I., Coutinho, M. P. L., & Ramos, N. (2009). Migração, qualidade de vida: Um estudo psicossocial com brasileiros migrantes. *Revista Estudos de Psicologia, 26*(4), 419-27.

Franken, I. (2010). *Qualidade de vida e saúde mental em contexto migratório Internacional: Um estudo com brasileiros e portugueses residentes na cidade de Genebra/Sw* (Tese de Doutorado). Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.

Junqueira, K. (2009). O impacto da migração internacional sobre a cidadania nacional. Emancipação. *Ponta Grossa, 9*(1), 55-63.

Martine, G. (2005). A globalização inacabada – Migrações internacionais e pobreza no século 21. *São Paulo em Perspectiva*, *19*(3), 3-22.

Moscovici, S. (1961). *Representations sociales*. Paris: PUF.

Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Organização das Nações Unidas – ONU. (2014). Relatório do desenvolvimento humano 2014. Publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento(PNUD). Recuperado de http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2008). Migração aculturação e saúde. In N. Ramos (Org.), *Saúde migração e interculturalidade: Perspectivas teóricas e praticas.* João Pessoa: Editora Universitária. UFPB.

Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, *17*(1), 1-11.

Ramos, N. (2014) Migrações, tráfico de pessoas e trabalho doméstico. *Revista Políticas Públicas*, *18*(2), 425-438.

Ramos, N. (2015). Famílias migrantes nas cidades interculturais: Acolhimento, solidariedade e saúde. In I. C. Silva, M. Pignatelli, & S. M. Viegas (Coords.), *Livro de Atas do I Congresso da Associação Internacional das Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa 2015* (1ª ed., pp. 2956-2968). Lisboa: Leading Congressos.

Reis, L., & Ramos, N. (2013). Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. *Revista Ambivalências*, *1*(2), 29-53.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de SaúdePública*, *20*(2), 580-588.

World Health Organization – WHO. (1947/48). *Constitution of the World Health Organization.Basic Documents*. Genève: WHO.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Representação de doença e ajustamento psicológico na doença reumática

INÊS ALVES (*)
ANA CUNHA (*)
MARTA ALVES (*)
MARGARIDA OLIVEIRA (**)
PAULO MONTEIRO (***)

As doenças reumáticas são doenças que afetam as articulações, os ossos, os músculos, os ligamentos ou os tendões. Cerca de 35% da população sofre, em algum momento, de sinais e sintomas musculosqueléticos, como dor, tumefação ou limitação de mobilidade (DGS, 2004; Pereira da Silva, 2005). No contexto europeu, as doenças crónicas reumáticas afetam mais de 100 milhões de pessoas e, em Portugal, o flagelo da doença crónica reumática atinge cerca de 37% dos portugueses (Epireuma, 2013). Além de representarem a principal causa de incapacidade para o trabalho e de reforma antecipada, as doenças do foro reumatológico são também responsáveis por uma utilização de cerca de um quarto dos cuidados de saúde, factos que revelam a sua importância social e económica (DGS, 2004; Pereira da Silva, 2005).

As doenças reumáticas constituem um variado grupo nosológico. No âmbito das doenças reumáticas sistémicas, destaca-se a Artrite Reumatóide (AR), pela sua prevalência e pelos importantes problemas pessoais, económicos e sociais que lhe estão associados (DGS, 2004). A AR afeta cerca de 1% da população mundial (Matos, 2008; Queiroz, 2002) e 0,7% em território nacional, sendo mais prevalente no sexo feminino, com uma frequência 2 a 3 vezes superior nas mulheres (Epireuma, 2013). A AR é uma doença na qual as articulações se inflamam, sobretudo as das mãos e dos pés, dando lugar à tumefação e dor podendo, à medida que progride, estender-se a outras articulações como ombros, cotovelos, ancas e joelhos (Matos, 2008; Queiroz, 2002). Se não for tratada, a inflamação conduz à destruição progressiva das articulações e, consequentemente, a dificuldades motoras (Queiroz, 2002).

Embora menos prevalentes, outras doenças reumáticas sistémicas revelam-se igualmente importantes, como é o caso do Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) ou da Esclerose Sistémica (ES). O LES é uma doença autoimune, caracterizada pela inflamação do tecido conjuntivo, cujas manifestações mais frequentes são as lesões cutâneas (como o designado eritema em forma de "asas de borboleta"), a artrite e as alterações hematológicas

(*) Universidade da Beira Interior, Portugal.
(**) Centro Hospitalar Cova da Beira, Portugal.
(***) Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Portugal.

podendo, no entanto, afetar todos os órgãos e sistemas (Pereira da Silva, 2005; Queiroz, 2002). Em Portugal, a prevalência do LES atinge 0,1%, na grande maioria do sexo feminino (Epireuma, 2013). A ES, também designada de esclerodermia, é caraterizada por anomalias nos vasos sanguíneos, aumento da produção de tecido fibroso (Pereira da Silva, 2005) e espessamento da pele, como resultado de uma acumulação excessiva de vários elementos de tecido conjuntivo, principalmente colagénio no espaço extracelular (Queiroz, 2002). À medida que progride, a doença pode afetar múltiplos sistemas e funções orgânicas, como o esófago, os intestinos, o fígado, os pulmões, o coração e os rins (Pereira da Silva, 2005; Queiroz, 2002). Em Portugal, a prevalência da doença varia entre 0,04 a 0,25% (Monjardino, Lucas, & Barros, 2011). O aparecimento da doença é mais frequente entre os 30 e os 55 anos, verificando-se, também, uma maior prevalência no sexo feminino (Pereira da Silva, 2005; Queiroz, 2002).

As doenças reumáticas obrigam a um ajustamento em vários domínios da vida do doente. Diversos estudos têm analisado a presença de sintomas psicopatológicos nestes doentes, particularmente depressão e ansiedade. Assim, na AR a prevalência da depressão varia entre 17% a 40% (Anyfanti et al., 2014; Covic, Tyson, Spencer, & Howe, 2006; Dickens, Jackson, Tomenson, Hay, & Creed, 2003; Kotsis et al., 2014; Murphy, Dickens, Creed, & Bernstein, 1999) e de perturbações de ansiedade entre 9,5% e 32,9% (Anyfanti et al., 2014; Dickens et al., 2003). Quanto ao LES, estudos sugerem taxas de depressão que variam entre 11,5% e 46,9% (Bachen, Chesney, & Criswell, 2009; Hawro et al., 2011; Kotsis et al., 2014; Nery et al., 2007; Philip, Lindner, & Lederman, 2009) e de ansiedade entre 7,69% e 45,2% (Anyfanti et al., 2014; Hawro et al., 2011). No caso da ES, a depressão parece afetar entre 36 e 69% dos portadores da doença (Anyfanti et al., 2014; Mura, Bhat, Pisano, Licci, & Carta, 2012; Thombs, Hudson, Taillefer, & Baron, 2008), rondando as perturbações de ansiedade os 40% (Anyfanti et al., 2014).

Tem sido sugerido que a representação de doença é um dos aspetos que podem estar associados ao ajustamento psicológico à doença crónica (Petrie, Jago, & Devcich, 2007). A representação de doença é a definição de senso-comum que cada indivíduo constrói no momento em que sente qualquer ameaça à sua saúde (Leventhal, Leventhal, & Contrada 1998). Com base nas experiências concretas, como os sintomas, e na informação abstrata, como o conhecimento de diferentes doenças obtido por uma variedade de fontes (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980), o indivíduo constrói representações cognitivas que permitem que defina objetivos e desenvolva estratégias de *coping* (Leventhal et al., 1998). A maioria dos estudos nesta área baseia-se no modelo teórico de Leventhal (Leventhal et al., 1980), que sugere a existência de cinco dimensões na representação cognitiva da doença: Identidade, Duração, Consequências, Controlabilidade e Causalidade. No âmbito das doenças reumáticas, Norton e colaboradores (2014) demonstraram que doentes com AR com perceções de doença mais negativas apresentavam maiores níveis de dor e incapacidade. As dimensões relacionadas com as consequências e identidade da doença parecem ser as mais associadas com a saúde física de doentes com AR (Treharne, Kitas, Lyon, & Booth, 2005) LES (Kotsis et al., 2014) e ES (Arat et al., 2012). No mesmo sentido, tem sido sugerido que a perceção de menor controlo e de consequências mais sérias da

doença se associam a um funcionamento físico pobre, maiores níveis de dor, de depressão e de ansiedade na AR (Graves, Scott, Lempp, & Weinman, 2009; Groarke, Curtis, Coughlan, & Gsel, 2005; Murphy et al., 1999), e perturbações depressivas no LES (Philip et al., 2009).

Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre representação de doença e ajustamento psicológico nas doenças reumáticas. Pretende-se, igualmente, examinar o papel de variáveis sociodemográficas e clínicas na representação de doença e na perceção de sintomatologia psicopatológica nestes doentes.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram selecionados com base no diagnóstico de doença reumática, tratando-se de uma amostra não probabilística de conveniência. Os critérios de inclusão no estudo incluíram, ainda, ter acompanhamento na consulta de Reumatologia e ter idade mínima de 18 anos. Os dados foram recolhidos em dois hospitais da região centro (Hospital Pêro da Covilhã e Hospital São Teotónio), nas consultas da especialidade de Reumatologia.

A amostra do estudo é constituída por 52 participantes, na sua maioria do sexo feminino (71,15%), com idades compreendidas entre os 18 e os 80 anos. A maioria dos participantes situa-se na faixa etária entre os 50 e os 65 anos (40,40%), sendo a média de idades de 54,25 anos (*DP*=14,53). Cerca de dois terços dos participantes possuem apenas o 4º ano de escolaridade ou inferior. No que concerne às informações clínicas, a doença mais frequente no estudo é a AR (*n*=42), seguida do LES (*n*=7) e da ES (*n*=3). O tempo de duração médio da doença ronda os 10 anos, com duração mínima de 11 meses e máxima de 40 anos.

Instrumentos

Para avaliar sintomas psicopatológicos, utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – Derogatis, 1977), adaptado e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999). O inventário é constituído por 53 itens, divididos por 9 subescalas (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo). A análise de confiabilidade efetuada neste estudo revelou que o inventário apresenta níveis adequados de consistência interna para a maioria das dimensões, com coeficientes de alfa de Cronbach a variar entre 0,85 (Depressão) e 0,66 (Obsessões-Compulsões), embora a escala Ansiedade Fóbica apresente um valor inaceitável (α=0,48). Para avaliar os componentes da representação da doença, foi utilizado o Questionário de Perceção de doença, versão revista (Moss-Morris et al., 2002), traduzida em Português e adaptada por Figueiras, Machado e Alves (2002). O

instrumento é constituído por 70 itens, divididos por três secções distintas, que resultam em 9 subescalas (Identidade; Duração Aguda/Crónica; Duração Cíclica; Consequências; Controlo Pessoal; Controlo pelo Tratamento; Coerência da Doença; Representação Emocional; Causalidade). Neste estudo, o instrumento apresenta valores de consistência interna moderados a elevados, variando o coeficiente de alfa de Cronbach entre 0,87 (Controlo Pessoal) e 0,60 (Controlo Tratamento). Foi ainda utilizado um questionário sociodemográfico e de informações relativas à situação familiar e clínica dos participantes.

Procedimentos

O projeto de investigação foi submetido e aprovado pelas comissões de ética dos hospitais envolvidos. As questões éticas foram criteriosamente seguidas. A participação dos doentes foi totalmente voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre a finalidade e o âmbito de estudo. A recolha de dados decorreu de Janeiro a Julho de 2015.

RESULTADOS

Os resultados relativos à associação entre os sintomas psicopatológicos e as dimensões de perceção de doença revelam a existência de correlações significativas entre representação da doença e ajustamento psicológico, como pode observar-se no Quadro 1. Em geral, obtiveram-se correlações negativas entre as dimensões Controlo Pessoal e Coerência da Doença e a sintomatologia psicopatológica, e positivas entre as dimensões Identidade e Representação Emocional e a sintomatologia psicopatológica.

Quadro 1

Matriz de correlações entre as subescalas do IPQ-R e do BSI (N=52)

IPQ-R IPQ-R BSI	Identi- dade	Dur. Ag/ /Cron	Duração Ciclíca	Conse- quência	Contr Trat	Contr Pessoal	Repres emoc	Coer Doen
Somatização	**0,38****	**0,35***	0,09	0,22	**-0,32***	**-0,42****	**0,60****	**-0,54****
Obs-Comp	0,25	0,17	0,18	0,27	-0,12	**-0,33***	**0,64****	**-0,46****
Sens Interp	0,13	0,09	-0,13	0,16	-0,02	**-0,30***	**0,50****	**-0,32***
Depressão	**0,31***	0,13	0,16	**0,33***	-0,04	**-0,38****	**0,75****	**-0,40****
Ansiedade	0,16	0,19	-0,10	0,16	-0,06	**-0,34***	**0,59****	**-0,28***
Hostilidade	**0,32***	0,26	0,10	0,28*	-0,13	**-0,41****	**0,51****	**-0,41****
Ans Fóbica	0,10	0,11	**-0,37****	0,00	-0,17	-0,16	0,27	-0,27
Id Paranóide	-0,08	0,08	-0,25	-0,03	0,10	-0,23	**0,31***	-0,14
Psicoticismo	0,15	0,04	-0,01	0,19	-0,11	0,01	**0,54****	**-0,32***

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

A análise correlacional entre as variáveis sociodemográficas consideradas e as variáveis do IPQ-R e do BSI demonstram que a variável Idade está positivamente correlacionada com a dimensão *Somatização* (r=0,30; p=0,03). Por outro lado, a variável Habilitações Literárias está negativamente correlacionada com as dimensões *Somatização* (r=-0,34;

p=0,01), *Obsessões-Compulsões* (*r*=-0,30; *p*=0,03), *Duração Cíclica* (*r*=-0,34; *p*=0,01) e *Consequências* (*r*=-0,34; *p*=0,02), e positivamente associada com o *Controlo pelo Tratamento* (*r*=0,32; *p*=0,02) e *Controlo Pessoal* (*r*=0,32; *p*=0,02).

No que diz respeito à influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na perceção de doença e de sintomas psicopatológicos, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na dimensão *Identidade* [*t*(50)=-2,16; *p*=0,04], apresentando as mulheres, em média, perceções de identidade mais negativas do que os homens. Nas dimensões de ajustamento psicológico não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos (*p*>0,05).

Quadro 2

Perceção de doença (Identidade) em função do género

	Género					
	Masculino (*n*=15)		Feminino (*n*=37)			
	M	*DP*	*M*	*DOP*	*T*	*p*
Perceção de Doença Identidade	4,67	2,97	6,35	2,37	-2,16	**0,04***

Nota. **p*<0,05.

No que diz respeito à variável Estado Civil, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes casados e os participantes não casados, quer nos componentes de representação de doença, quer na sintomatologia psicopatológica (*p*>0,05). De forma semelhante, nas variáveis clínicas Tempo de Diagnóstico da Doença e Acompanhamento Psicológico não foram observados resultados significativos (*p*>0,05). Por fim, relativamente à presença ou ausência de outro problema de saúde, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Ansiedade Fóbica* (*Z*=-2,58; *p*=0,01) e *Ideação Paranóide* (*Z*=-2,61; *p*=0,01), apresentando os participantes com outro problema de saúde crónico maiores níveis de sintomatologia psicopatológica. Os resultados significativos são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3

Sintomatologia psicopatológica em função da presença/ausência de outro problema de saúde

	Outros Problemas de Saúde			
	Não (*n*=36)	Sim (*n*=16)		
	M	*M*	Z	*p*
Sintomatologia Psicopatológica				
Ansiedade Fobica	23,13	34,09	-2,58	**0,01****
Ideação Paranóide	22,93	34,53	-2,61	**0,01****

Nota. **p*<0,01.

DISCUSSÃO

Os resultados da análise da associação entre a perceção de doença e os níveis de ajustamento psicológico vão ao encontro de outros estudos, que verificam uma relação entre as dimensões *Identidade* e *Controlo* e os níveis de depressão na AR (Graves et al., 2009; Groarke et al., 2005; Murphy et al., 1999). Assim, sugere-se que os doentes que reportam menor número de sintomas relacionados com a doença, e que creem que o que fazem pode influenciar o curso e o controlo da mesma, apresentam menores níveis de sintomatologia depressiva, de somatização e de hostilidade. Por outro lado, os pacientes que acreditam que a doença terá sérias consequências na sua vida, apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, tal como demonstram estudos anteriores (Groarke et al., 2005; Treharne et al., 2005). Ao revelar uma associação entre as dimensões *Controlo Pessoal, Representação Emocional* e *Coerência da Doença* e a maioria das escalas de sintomas psicopatológicos, o nosso estudo sugere que os participantes que acreditam que podem fazer várias coisas para controlar a doença, que têm uma representação emocional mais positiva da doença e uma maior compreensão desta, apresentam menores níveis de sintomatologia psicopatológica na maioria das dimensões. Os resultados corroboram, assim, estudos anteriores na área que realçam a associação os níveis de depressão e as dimensões *Coerência de Doença* (Philip et al., 2009) e *Identidade* e *Representação Emocion*al (Arat et al., 2012). No entanto, é importante lembrar que, tratando-se de um estudo correlacional, não será possível apontar uma direção de causalidade na relação entre as variáveis estudadas.

No nosso estudo verificou-se que, à medida que aumenta a idade dos participantes, maiores são os níveis de somatização. Hale e Cohran (1992) reforçam o papel da idade na descrição de sintomatologia, referindo que adultos mais velhos são excessivamente focados no corpo e apresentam níveis de somatização significativamente superiores do que os mais novos. A literatura sugere que os doentes com ES (Thombs et al., 2008) e com LES (Bachen et al., 2009) com maiores habilitações literárias têm menos perturbações psicológicas. De forma semelhante, o nosso estudo revelou que participantes com habilitações literárias mais altas tendem a apresentar níveis de somatização e obsessões-compulsões menores, sugerindo ainda que os participantes mais instruídos tendem a considerar a doença como menos imprevisível, com consequências menos sérias e a perceber a doença como mais controlável, quer pelo tratamento médico, quer pelas suas ações.

O nosso estudo revelou que as mulheres apresentam perceções de identidade da doença mais negativas (maior número de sintomas relacionados com a doença) quando comparadas com os homens. A literatura realça que as mulheres têm maiores níveis de depressão e dor (Stanton, Revenson, & Tennen, 2007) e reportam maior número de sintomas do que os homens (Gijsbers van Wijk et al., 1999). As diferenças biológicas parecem dar origem a diferentes avaliações na perceção de sintomas somáticos (Barsky, Peekna, & Borus, 2001). Verificou-se, ainda, que os participantes com outro problema de saúde crónico apresentam níveis mais elevados de ansiedade fóbica e de ideação paranóide,

colocando em hipótese que a coexistência de outras patologias possa exacerbar os sintomas psicopatológicos e, eventualmente, físicos.

As principais implicações deste estudo remetem para a exploração de intervenções psicológicas e para a integração de psicólogos em equipas interdisciplinares nas instituições de saúde. Com o aumento das doenças crónicas, torna-se necessário intervir com o doente no sentido de compreender a doença, aliviar a dor, reduzir o *stress*, melhorar o humor e facilitar a aceitação e adesão ao tratamento médico (Navarrete-Navarrete et al., 2010; Torta, Pennazio, & Ieraci, 2014). A integração do psicólogo em equipas interdisciplinares poderá facilitar a referenciação de doentes com perceções negativas e, consequentemente, a adesão ao tratamento médico e a adoção de hábitos saudáveis (Deter, 2012). O foco nas perceções de doença na prática clinica poderá resultar em benefícios para os pacientes e para o tratamento médico (Broadbent, 2010).

REFERÊNCIAS

Anyfanti, P., Gavriilaki, E., Pyrpasopoulou, A., Triantafyllou, G., Triantafyllou, A., Chatzimichailidou, S., . . . & Douma, S. (2014). Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: Common, yet undertreated. *Clinical Rheumatology,* 1-7.

Arat, S., Verschueren, P., Langhe, E., Smith, V., Vanthuyne, M., Diya, L., . . . & Westhovens, R. (2012). The association of illness perceptions with physical and mental health in systemic sclerosis patients: An exploratory study. *Musculoskeletal Care, 10*(1)*,* 18-28.

Bachen, E., Chesney, M., & Criswell, L. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism, 61*(6)*,* 822-829.

Barsky, A., Peekna, H., & Borus, J. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 266-275.

Broadbent, E. (2010). Illness perceptions and health: Innovations and clinical applications. *Social and Personality Psychology Compass, 4*(4)*,* 256-266.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal 2* (pp. 87-109). Braga: APPORT.

Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: Demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5)*,* 469-476.

Deter, H. (2012). Psychosocial interventions for patients with chronic disease. *BioPsychoSocial Medicine, 6*(2)*,* 1-5.

Dickens, C., Jackson, J., Tomenson, B., Hay, E., & Creed, F. (2003). Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics, 44*(3)*,* 209-215.

Direção Geral da Saúde [DGS]. (2004). Programa nacional contra as doenças reumáticas: Plano nacional de saúde 2004-2010. Retrieved from https://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/programa-nacional-contra-as-doencas-reumaticas.aspx.

Epireuma. (2013). Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. Retrieved from http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf.

Figueiras, M., Machado, V., & Alves, N. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica, XX,* 77-90.

Gijsbers van Wijk, C., Huisman, H., & Kolk, A. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior. *Social Science & Medicine, 49,* 1061-1074.

Graves, H., Scott, D., Lempp, H., & Weinman, J. (2009). Illness beliefs predict disability in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(5)*,* 417-423.

Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., & Gsel, A. (2005). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. *Psychology & Health, 20*(5)*,* 597-613.

Hale, W. D., & Cochran, C. D. (1992). Age differences in self-reported symptoms of psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, *48*, 633-637.

Hawro, T., Krupinska-Kun, M., Rabe-Jabłonska, J., Sysa-jedrzejowska, A., Robak, E., Bogaczewicz, J., & Wozniacka, A. (2011). Psychiatric disorders in patients with systemic lupus erythematosus: Association of anxiety disorder with shorter disease duration. *Rheumatology, 31,* 1387-1391.

Kotsis, K., Voulgari, P., Tsifetaki, N., Drosos, A., Carvalho, A., & Hyphantis, T. (2014). Illness perceptions and psychological distress associated with physical health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome compared to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Rheumatology International, 34*(12)*,* 1671-1681.

Leventhal, H., Leventhal, E., & Contrada, R. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health, 13,* 717-733.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Matos, A. (2008). Artrite Reumatóide e outros tipos de artrites inflamatórias. In A. J. Matos (Ed.), *Manual Merck de Informação Médica* (pp. 445-449). Lisboa: Editorial Oceano.

Monjardino, T., Lucas, R., & Barros, H. (2011). Frequency of rheumatic disease in Portugal: A systematic review. *Acta Reumatológica Portuguesa, 36,* 336-363.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1)*,* 1-16.

Mura, G., Bhat, K., Pisano A., Licci, G., & Carta, M. (2012). Psychiatric symptoms and quality of life in systemic sclerosis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health, 8,* 30-35.

Murphy, H.Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(2), 155-164.

Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M., Sabio-Sánchez, J., Coín, M., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C., . . . & Jiménez-Alonso, J. (2010). Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79,* 107-115.

Nery, F. G., Borba, E. F., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2007). Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry, 48,* 14-19.

Norton, S., Hughes, L., Chilcot, J., Sacker, A., van Os, S., Young, A., & Done, J. (2014). Negative and positive illness representations of rheumatoid arthritis: A latent profile analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 37*(3)*,* 524-532.

Pereira da Silva, J. A. (2005). *Reumatologia prática* (2ª ed.). Coimbra: Diagnósteo.

Petrie, K., Jago, L., & Devcich, D. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(2), 163-167.

Philip, E. J., Lindner, H., & Lederman, L. (2009). Relationship of illness perceptions with depression among individuals diagnosed with lupus. *Depression and Anxiety, 26*(6), 575-582.

Queiroz, M. (2002). Doenças difusas do tecido conjuntivo. In M. V. Queiroz (Coord.), *Reumatologia: Clínica e terapêutica das doenças reumáticas I* (pp. 3-20, 53-75, 92-99). Lisboa: Lidel.

Stanton, A. L., Revenson, T. A, & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology, 58,* 565-592.

Thombs, B., Hudson, M., Taillefer, S., & Baron, M. (2008). Prevalence and clinical correlates of symptoms of depression in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Care and Research, 59*(4)*,* 504-509.

Torta, R., Pennazio, F, & Ieraci, V. (2014). Anxiety and depression in rheumatologic diseases: The relevance of diagnosis and management. *Reumatismo, 66*(1), 92-97.

Treharne, G., Kitas, G., Lyon, A., & Booth, D. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of Health Psychology, 10*(3)*,* 457-474.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Funcionamento psicopatológico do idoso: Possibilidades de cronicidade

IRANI I. DE LIMA ARGIMON (*)
MARIANNE FARINA (**)
TATIANA QUATI IRIGARAY (*)

Devido a um significativo crescimento da esperança média de vida desde o século passado, o envelhecimento da população pode ser considerado um dos grandes desafios da atualidade (Jesus, 2010). O aumento da expectativa de vida e a longevidade são positivos, no entanto, em virtude disso, também pode ocorrer uma série de disfunções mentais e físicas na pessoa, como doenças crônico-degenerativas, disfunções cognitivas e psicopatologias (Allegri et al., 2007; Almeida, Barbosa, Lemes, Almeida, & Melo, 2014; Anjos & Zago 2014) o que ocasiona impactos econômicos e sociais significativos, tendo em vista o envelhecimento da população (Bajerska, Wozniewicz, Suwalska, & Jeszka, 2014).

A temática sobre psicopatologia em idosos, como transtornos de humor, psicopatia e transtornos de personalidade são identificadas em diversas pesquisas (Catarino 2011; Hassett, 1999; Sequeira, 2007; Koorevaar et al., 2013; Oliveira 2002; Veselka, Schermer, & Vermon, 2011; Vachonet al., 2013) assim como prejuízos cognitivos, demências e problemas somáticos no envelhecimento (Allegri et al., 2007; Giro & Paúl, 2013; Wongpakaran & Wongkaparan, 2014). Observa-se que o funcionamento psicopatológico contempla questões clínicas, como psicopatologias de depressão, ansiedade, problemas psicóticos, somáticos, de personalidade antissocial e também problemas de demência (Brigidi et al., 2010).

Nos últimos anos no Brasil não tem sido diferente de outros países de referência mundial. Tem vindo a ocorrer um aumento do número de idosos e aumento da expectativa de vida, por isso, estudos com essa população são considerados cada vez mais necessários para poder atender esta demanda (Menezes, Júnior, Melo, Silva, & Figueiredo, 2013). O interesse na realização deste estudo está ligado à necessidade de uma maior compreensão dos aspectos psicopatológicos nos idosos.

Assim, o objetivo do presente estudo foi investigar o funcionamento psicopatológico em idosos na de Grande Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul – Brasil.

(*) Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital – AICV, Brasil.

(**) Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Grupo de Pesquisa de Avaliação e Reabilitação e Interação em Humano e Animal – ARIHA, Brasil.

MÉTODO

O delineamento desse estudo foi quantitativo, tipo transversal, com abordagem descritiva. A técnica de amostragem foi caracterizada como não-probabilística, por conveniência, composta por idosos provenientes da comunidade.

Participantes

Os participantes apresentaram idade igual ou superior a 60 anos, eram residentes na Grande Porto Alegre, e todos eram alfabetizados. A amostra foi constituída por 108 idosos, estimativa obtida em cálculo baseado na análise de correlação entre as características de personalidade e o funcionamento adaptativo e psicopatológico, onde se optou pela correlação caracterizada como moderada ($0,30<r<0,60$) entre Neuroticismo e Problemas Depressivos; ainda considerou-se um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$) e um poder amostral de 80% ($1 - \beta$).

Instrumentos

Em relação aos instrumentos, foi utilizada uma Ficha de Dados Sociodemográficos que apresentou as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, atividades de lazer e questões clínicas. Já o instrumento utilizado para a avaliação do funcionamento psicopatológico do idoso, foi o The Older Adult Self-Report (OASR): O OASR integra o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (Achenbach System of Empirically Based Assessment – ASEBA) (Achenbach, 2009).

Os inventários do ASEBA avaliam semelhanças e diferenças de funcionamento do indivíduo, em diferentes faixas etárias. É um sistema de avaliação baseado em estudos empíricos, sendo um dos mais utilizados em avaliação e investigação em todo mundo, tendo já sido aplicado em 67 países (Achenbach & Rescorla, 2007; Rocha, Araujo, & Silvares, 2008). O OASR é um inventário de autorrelato, subdividido em três escalas: funcionamento adaptativo, escala de síndromes e orientada pelo DSM-IV e funcionamento psicopatológico, assim como em outros estudos (Achenbach, 2013; Oliveira, Lucena-Santos, & Bortolon, 2013; Paranhos, 2014).

Procedimentos

Os idosos foram recrutados na comunidade por conveniência, através de anúncio de um jornal local, em que convidava idosos a participar de uma pesquisa de avaliação da memória e da personalidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da PUCRS sob o número 14769713.1.0000.5336.

Aos participantes, foram explicados os objetivos e os devidos esclarecimentos sobre o sigilo na participação do estudo e aos que tiveram interesse em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As avaliações e a aplicação dos instrumentos foram conduzidas por psicólogos e estudantes de Psicologia treinados antecipadamente.

As avaliações foram individuais, com duração de aproximadamente duas horas e realizadas em uma sala reservada dentro de uma clínica de Psicologia em Porto Alegre. Os participantes que apresentaram algum prejuízo ou necessidade de atendimento durante a testagem foram encaminhados para o ambulatório de atendimento do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) da PUCRS, postos de saúde próximo de suas residências e/ou ao Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia (SAPP) da PUCRS.

A análise de dados foi realizada através do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0, para Windows, sendo que, para critérios de decisão estatística adotou-se o nível de significância de 5% ($p<0,05$). A consistência interna das escalas e subescalas foram avaliadas por meio do índice alpha de Cronbach, sendo considerados adequados valores ≥0,70. Para análise dos dados do OASR, inicialmente, utilizou-se o software Assessment Data Manager (ADM), que é um programa utilizado para correção das escalas ASEBA (Bolsoni-Silva & Marturano, 2010). Após isso, os dados computados foram exportados para o SPSS. Os dados foram analisados através de estatística descritiva – distribuição absoluta e relativa (n – %), bem como, pela média e desvio padrão, sendo que, o estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas ocorreu pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

RESULTADOS

A média de idade dos idosos pesquisados foi de 69,1 anos (±6,63). Observou-se que a maioria deles se envolve em atividades de lazer, 94,4% (n=101) praticam alguma atividade de raciocínio (leitura, cruzadas, cartas, bingo, computador, jogos eletrônicos), 97,2% (n=104), atividades lúdicas (viajar, festas, cinema, TV, música) e 70,1% (n=75) alguma atividade física (caminhada, bocha, futebol). Outras informações sociodemográficas e clínicas são apresentadas no Quadro 1.

No que se refere à média e ao desvio padrão do funcionamento psicopatológico, encontrou-se a pontuação de 57,3 (±6,9) nos Problemas Depressivos, 59,2 (±7,9) nos Problemas de Ansiedade, 56,6 (±6,9) nos Problemas Somáticos, 59,3 (±7,7) na Demência, 56,2 (±6,2) nos Problemas Psicóticos e 55,8 (±5,9) nos Problemas de Personalidade Antissocial. Assim, verifica-se que as médias mais elevadas concentraram-se nas subescalas de Demência, seguida de Problemas de Ansiedade, com pontuação média menos expressiva nas subescala de Personalidade Antissocial.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos (n=108)

Variáveis		*n*	%
Idade (anos)		108	69,1±6,63 [91]
Sexo	Feminino	85	78,7
	Masculino	23	21,3
Estado Civil	Casado(a)	63	59,6
	Solteiro(a)	6	5,7
	Viúvo(a)	22	20,8
	Divorciado(a)	15	14,2
	Não respondeu	2	1,9
Escolaridade	Nenhuma	1	0,9
	Ensino fundamental incompleto	17	15,9
	Ensino fundamental completo (8 anos)	7	6,5
	Ensino médio incompleto	11	10,3
	Ensino médio completo	29	27,1
	Ensino superior incompleto	5	4,7
	Ensino superior completo	37	34,6
	Não respondeu	1	0,9
Anos de Escolaridade		108	12,1±4,87 [2 a 25]
Faixas de Tempo de Escolaridade	Até 4 anos	6	5,6
	De 5 a 9 anos	28	26,2
	Mais de 9 anos	73	68,2
	Não respondeu	1	0,9
Questões Clínicas	Uso de medicação	91	85,8
	Realiza exames de rotina com seu médico	102	96,2
	Abandono de atividades por motivos de saúde	87	82,1
	Teve alguma doença mental ao longo da vida	25	23,4
	Faz ou já fez tratamento psicológico psiquiátrico	47	44,3
	Tem histórico de demência na família	85	82,5

Em função de suas pontuações médias no funcionamento psicopatológico, os idosos podem ser considerados saudáveis. Encontraram-se dentro da faixa do grupo normal, não clínico, (normal <64) de acordo com a pontuação de Achenbach et al. (2004). Justifica-se também pelo alto índice de realização dos exames de rotina, de não abandonar alguma atividade por motivos de saúde e um reduzido número de problemas de saúde que não são incapacitantes.

Já nas informações referentes à confiabilidade, conforme o Alpha de Cronbach identificou-se α=0,82 nos Problemas Depressivos, α=0,72 nos Problemas de Ansiedade, α=0,75 nos Problemas Somáticos, α=0,67 na Demência, α=0,22 nos Problemas Psicóticos e α=0,39 nos Problemas de Personalidade Antissocial. Assim, verifica-se que as médias de confiabilidade mais elevadas concentraram-se nas subescalas de Demência e logo de Problemas de Ansiedade, com pontuação média menos expressiva nas subescala de Personalidade Antissocial. No entanto, verificou-se comprometimento da confiabilidade subescalas de Problemas Psicóticos, de Personalidade Antissocial e de Demência, ou seja,

nessas dimensões, as respostas das questões podem estar se mostrando incoerentes neste estudo. Quanto às demais subescalas, as consistências internas mostraram-se satisfatórias.

DISCUSSÃO

O presente estudo encontrou pontuações médias altas em Problemas de Ansiedade e Depressão, corroborando o estudo de Oliveira e colaboladores (2013), que também avaliou essas sintomatologias em adultos com um instrumento das escalas ASEBA, assim como no presente estudo.

Apesar de seu Alpha de Cronbach estar um pouco comprometido, Demência teve a maior pontuação média, sendo que essa dimensão contempla questões de memória, atenção, o que faz sentido, tendo em vista a recorrente presença de queixas de memória e prejuízo cognitivo dos idosos (Olchik et al., 2012; Silva et al., 2014).

Verificou-se que grande parte dos participantes apresentou histórico de demência na família, no entanto, a dimensão Demência avaliada nesta pesquisa, mesmo que com a maior pontuação média, encontra-se dentro da faixa Normal no funcionamento psicopatológico. No entanto, não foi avaliado o grau nem o diagnóstico dessa demência, mas tendo em vista que idosos com sintomas de Demência estão com suas funções neuropsicológicas prejudicadas, eles podem apresentar sintomas psicóticos, como alucinações e ilusões, e, em função disso, acabaram apresentando alta pontuação nos Problemas Psicóticos também. Os sintomas psicóticos podem emergir em consequência da neurodegeneração que ocorre na pessoa com a demência de Alzheimer (Koppel & Greenwald, 2014).

Em relação às escalas do funcionamento psicopatológico avaliadas no estudo, Fazel, Hope, O'Donnell e Jacoby (2002) também investigaram algumas delas, ao avaliar homens idosos, sendo 101 infratores sexuais e 102 infratores não sexuais, encontraram que ambos têm prevalências semelhantes de doenças mentais. Nos agressores sexuais, 33% teve algum transtorno de personalidade, 6% com sintomas psicóticos e 1% com demência, e esses dados não diferiram com os dos infratores não sexuais. Encontrou-se o total de 17 idosos com diagnóstico de Antissocial. Ao avaliar transtornos de personalidade em 652 pessoas de 21 a 91 anos, Vachon et al. (2013) encontraram que há declínio do traço de psicopatia ao longo da vida.

Tendo em vista o aumento da população idosa e, por consequência, o aumento de instrumentos de avaliação psicológica para esse público (Vacha-Haase, 2013), o futuro reserva oportunidades tanto para os idosos como para os profissionais que trabalham nesse contexto, no sentido de encontrar novas formas de prevenção, tratamento e manutenção da saúde física e psicológica do idoso.

Uma das limitações deste estudo se dá pelo seu delineamento transversal, em que a avaliação foi realizada em um momento da vida dos participantes. Sugere-se que sejam realizadas pesquisas longitudinais, em que a avaliação ocorra em um segmento, que seja

feita em várias etapas do ciclo vital, como foi visto em outros estudos (Lucas & Donnellan, 2011) para verificar a consistência e a variabilidade do funcionamento psicopatológico dos idosos ao longo da vida. Estudos longitudinais são importantes para confirmar as interpretações dos resultados encontrados. Estudos a respeito do envelhecimento saudável são importantes, a fim de reforçar as características mais promotoras de qualidade de vida da pessoa e, assim, minimizar as limitações e os prejuízos dessa fase do ciclo vital.

Concluindo, acredita-se que esses resultados identificaram aspectos a serem considerados na relação da personalidade com o funcionamento adaptativo e psicopatológico dos idosos. Fica salientada a necessidade de compreender melhor o papel do Neuroticismo nos transtornos mentais. Ressalta-se a necessidade de mais estudos utilizando instrumentos voltados à população idosa, uma vez que a consistência da OASR, mesmo sendo desenvolvida para essa faixa etária, não foi satisfatória para algumas escalas.

AGRADECIMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

REFERÊNCIAS

Achenbach, T. M. (2009). *The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): Development, Findings, Theory, and Applications.* Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.

Achenbach, T. M. (2013). *Older Adult (Ages 60-90+) Assessments*. Retirado de: http://www.aseba.org/olderadults.html.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles.* Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

Allegri, R. F., Butman, J., Arizaga, R. L., Machnicki, G., Serrano, C., & Taragano, F. E. (2007). Economic impact of dementia in developing countries: An evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. *International Psychogeriatrics, 19*(4), 705-718. doi: 10.1017/S1041610206003784

Almeida, M. F. I., Barbosa, A. C., Lemes, A. G., Almeida, K. C. S., & Melo, T. L. (2014). Depressão do idoso: O papel da assistência de enfermagem na recuperação dos pacientes depressivos. *Revista Eletrônica Interdisciplinar, 1*(11), 107-111.

Anjos, A. C. Y., & Zago, M. M. F. (2014). Ressignificação da vida do cuidador do paciente idoso com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem, 67*(5), 752-758. doi: 10.1590/0034-7167.2014670512

Bajerska, J., Wozniewicz, M., Suwalska, A., & Jeszka, J. (2014). Eating patterns are associated with cognitive function in the elderly at risk of metabolic syndrome from rural areas. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences, 18* (21), 3234-3245.

Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2010). Evaluation of group intervention for mothers/caretakers of kindergarten children with externalizing behavioral problems. *Interamerican Journal Psychology, 44*(3), 415-421.

Brigidi, B. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Newhouse, P. A. (2010). Broad spectrum assessment of psychopathology and adaptive functioning with the older adult behavior checklist: A validation and diagnostic discrimination study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 25*(11), 1177–1185. doi:10.1002/gps.2459

Catarino, M. (2011). *Sintomas psicopatológicos e afecto positivo nos Idosos* (Dissertação de Mestrado). Instituto Super Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

Fazel, S., Hope, T., O'Donnell, I., & Jacoby, R. (2002). Psychiatric, demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine*, *32*(2), 219-226.

Giro, A. J. N. S., & Paúl, C. (2013). Envelhecimento sensorial, declínio cognitivo e qualidade de vida no idoso com demência. *In Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia* Social, *1*(1), 1-10.

Hassett, A. (1999). A descriptive study of first presentation psychosis in old age. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33*(6), 814-824.

Jesus, M. F. (2010). *Estudo avaliativo dos motivos relacionados ao processo de aposentadoria dos servidores da Cnen* (Dissertação de Mestrado). Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, Brasil.

Koorevaar, A. M. L., Comijo, H. C., Dhondt, A. D., van Marwijk, H. W., van der Mast, R. C., Naarding, P., . . . Stek, M. L. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of Affective Disorders, 151,* 178-185. doi: 10.1016/j.jad.2013.05.075

Koppel, J., & Greenwald, B. S. (2014). Optimal treatment of Alzheimer's disease psychosis: Challenges and solutions. *Neuropsychiatric disease and treatment, 10,* 2253-2262. doi: 10.2147/NDT.S60837

Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2011). Personality development across the life span: Longitudinal analyses with a national sample from Germany. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*(4), 847-861. doi: 10.1037/a0024298

Menezes, D. L. P., Júnior, F. J. G. D. S., Melo, H. D. S. F., Carvalho e Silva, J., Luz, V. L. E. D. S., & Figueiredo, M. D. L. F. (2013). A dupla face da velhice: O olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. *Enfermagem em Foco, 4*(1), 15-18.

Olchik, M. R., Mattos, D., Maineri, N. S., Farina, J., Oliveira, A., & Yassuda, M. S. (2012). Revisão: Efeitos do treino de memória em idosos normais e em idosos com comprometimento cognitivo leve. *Temas em Psicologia, 20*(1), 235-246.

Oliveira, J. H. B. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica, 20*(4), 647-655.

Oliveira, M. S., Lucena-Santos, P., & Bortolon, C. (2013). Clientela adulta de serviço psicológico: características clínicas e sociodemográficas. *Psicologia: Teoria e prática, 15*(2), 192-202.

Paranhos, M. E. (2014). *Análise da exposição regular a incidentes críticos e do construto de hardiness em profissionais de primeira resposta* (Tese de Doutorado Não-Publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Rocha, M. M., Araujo, L. G. S., & Silvares, E. F. M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia Teoria e Prática, 10*(1), 14-24.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar dos idosos dependentes: Diagnósticos e intervenções* (1ª ed.). Coimbra: Quarteto.

Silva, L. S. V., Silva, T. B. L., Falcão, D. V. S., Batistoni, S. S. T., Lopes, A., Cachioni, M., . . . Yassuda, M. S. (2014). Relations between memory complaints, depressive symptoms and cognitive performance among community dwelling elderly. *Revista de Psiquiatria Clínica, 41*(3), 67-71. doi: 10.1590/0101-60830000000013

Vacha-Haase, T. (2013). Psychological assessment with older adults. In K. F. Geisinger (Ed.), *APA Handbook of Testing and Assessment in Psychology: Vol. 2. Testing and Assessment in Clinical and Counseling Psychology* (pp. 555-568). Washington, DC, USA: American Psychological Association.

Vachon, D. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Miller, J. D., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2013). Basic traits predict the prevalence of personality disorder across the life span: The example of psychopathy. *Psychological Science, 24*(5), 698-705. doi: 10.1177/0956797612460249

Veselka, L., Schermer, J. A., & Vernon, P. A. (2011). Beyond the Big Five: The dark triad and the supernumerary personality inventory. *Twin Research and Human Genetics, 14*(2), 158-168. doi: 10.1375/twin.14.2.150

Wongpakaran, T., & Wongpakaran, N. (2014). Personality traits influencing somatization symptoms and social inhibition in the elderly. *Clinical Interventions in Aging, 9*, 157-164. doi: 10.2147/CIA.S56246

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Integração e saúde da comunidade Hindu em Portugal

IVETE MONTEIRO (*)
MARIA NATÁLIA RAMOS (**)
CRISTINA VIEIRA (***)

A complexidade e atualidade da problemática da migração é inegável. A sua extensão vai desde as variadas razões que levam os migrantes a abandonar o país onde habitam e onde construíram e cimentaram as suas raízes até às diversas necessidades sentidas no país de acolhimento. A migração exige abordagens culturais, socioeconómicas, educacionais, psicológicas, filosóficas, entre outras, que necessitam de ser aprofundadas e que se encontram interligadas. Esta visão holística permite conhecer os migrantes de um modo mais aprofundado, valorizando cada pessoa, os seus valores e preocupações, não enveredando pela tentação de englobarmos e catalogarmos os migrantes pelo seu país de origem, pela sua crença religiosa ou ainda, pelas nossas próprias crenças, estereótipos e (pre)conceitos. Esta afirmação não nega que existam tendências, alguns padrões, ou que não existam linhas orientadoras, que convergem e que parecem conduzir os migrantes por caminhos já definidos, delimitando de forma prática as dificuldades sentidas, as alterações familiares inerentes a este processo, muitas vezes traumático, e as incursões no mercado de trabalho no sentido de valorizar as suas competências em tornar-se um membro ativo, útil e produtivo na sociedade de acolhimento. No entanto, estas linhas condutoras podem variar e não traduzem o esforço diário que os migrantes travam com aspetos considerados banais mas que são fundamentais para a sua integração e bem-estar: a língua, os costumes, a alimentação e a saúde.

O conhecimento das pessoas, das suas motivações pessoais, a escuta empática e o ouvir de viva voz o que têm para dizer permitem que se criem ligações e que se desenvolva um sentimento de confiança que vamos conquistando e não impondo. Os laços que vamos criando através da participação em festividades e convívios, permitem através da observação, do diálogo, dos ensinamentos e da partilha do dia-a-dia conhecer e compreender uma cultura que, muitas vezes, permanece oculta, pelo risco de ser mal interpretada e que, em geral, anseia por se dar a conhecer nas suas semelhanças e diferenças, mas sobretudo na sua autenticidade e simplicidade.

(*) Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital Dona Estefânia; Universidade Aberta, CEMRI, Portugal.
(**) Universidade Aberta, CEMRI, Portugal.
(***) Universidade de Coimbra, FPCE, Portugal.

Saúde e Migração

A saúde é uma das vertentes mais profundamente afetada pela migração e pela deslocação para outro país ou região (Gonçalves et al., 2003; Pussetti et al., 2009; Ramos, 2004). A insegurança e a ansiedade resultantes da instabilidade, quer económica quer social e familiar, conduz a alterações inevitáveis. Estas modificações manifestam-se a nível da saúde, com o surgimento de disfuncionamentos psíquicos e físicos e com o questionar de práticas culturais e educacionais transmitidas pela família, em prol da evolução técnica e científica existente no país de acolhimento. As alterações são mais evidentes nos migrantes que estão mais vulneráveis e nas crianças que estão sujeitas não só a alterações do meio ambiente e cultural, mas sobretudo às alterações que as famílias e em particular, as mães sofrem (Ramos, 1999). Com efeito, a necessidade que muitas vezes a família migrante sente em aumentar o seu rendimento por forma a alcançar mais rapidamente a estabilidade económica, leva a que muitas mulheres necessitem de procurar trabalho fora de casa, deixando os seus filhos a cargo de familiares ou amigos, ou então introduzindo-os precocemente em jardins de infância e creches, modificando novamente o seu ambiente e alterando as suas rotinas e hábitos. Acresce a esta situação o cansaço a que as mães estão sujeitas, a menor disponibilidade de tempo, a exigência constante que inevitavelmente de repercute na relação entre mãe e filho e que conduz a alterações da dinâmica relacional entre a díade e nos cuidados de maternagem e educativos (Ramos, 1999, 2004, 2009, 2012b,c).

A nível psicológico é notório uma certa pressão para uma adaptação forçada, rápida ou assimilacionista, muitas vezes despojando o migrante dos seus valores e traços culturais. Esta situação coloca o migrante perante questões fundamentais, por vezes na origem de alguma insegurança, dúvida e conflito, as quais devem ser alvo de reflexão e consideração: "Tudo em que eu acreditei até agora não é válido? Por ter vindo para outro país tenho que adotar comportamentos e crenças do país de acolhimento? Serei melhor aceite se alterar a minha forma de ser?" O confronto permanente entre o passado, o presente e o futuro, associados à sobrevalorização do que é praticado no país de acolhimento colocam em causa as práticas tradicionais e os conhecimentos transmitidos pelas gerações mais velhas, abanando os alicerces construídos ao longo da vida. O aparecimento de síndromes depressivos, ansiedade, angústia, sentimentos de insatisfação e perda de controlo das suas vidas são comuns e frequentemente somatizados, surgindo distúrbios gastrointestinais, imunitários, alimentares, respiratórios, de sono, entre outros. Ramos (1999, 2004, 2006, 2008, 2009, 2012a,b,c) aborda de forma aprofundada estas problemáticas da saúde do indivíduo migrante e da sua família.

A afirmação do migrante como elemento útil da sociedade é medida pela sua produtividade e pela sua capacidade de inserção na comunidade. A representação do migrante continua em muitos casos a ser a de um indivíduo frágil, irrequieto, necessitado, vulnerável e deslocado que tem que provar constantemente o seu valor como cidadão e como pessoa (Pussetti, 2009). Deste modo, um migrante que esteja doente, que se ausente do trabalho para ir ao médico, é visto como um elemento não rentável, pouco produtivo e encarado como um peso para a sociedade. Existem porém, outros fatores, tais como o

desconhecimento do local a qual devem recorrer, a incerteza dos seus direitos, a informação errada fornecida muitas vezes pelos serviços de saúde, as diferenças nos conceitos de saúde e doença, a barreira linguística que são determinantes para o afastamento do serviço nacional de saúde (Bäckström, Carvalho e Inglês, 2009; Estrela, 2009; Gonçalves et al., 2003; Ramos, 2008).

A vinda para Portugal da Comunidade Hindu

O processo de descolonização que ocorreu nos anos 70 e 80, nas ex-colónias portuguesas, e nomeadamente em Moçambique, foi responsável pela vinda para Portugal de inúmeras pessoas que procuravam neste país abrigo, segurança e estabilidade. A mudança de poder, a transição de governo originou uma onda de instabilidade inevitável que condicionou as condições de vida das pessoas que viviam nestas colónias (Malheiros, 1996). Aspetos fundamentais como a segurança, a alimentação, a situação laboral foram postos em causa, trazendo dificuldades no dia a dia das pessoas e provocando alterações profundas na dinâmica das famílias que conduziram à insegurança e sobretudo à falta de esperança num futuro. A comunidade hindu em Moçambique era numerosa e já se encontrava estabelecida nesta ex-colónia há muitos anos. Com a descolonização, a permanência em Moçambique tornou-se insustentável. Iniciou-se assim, por parte de muitos hindus, a procura de um local mais seguro para viver, que constituísse um porto de abrigo para a estabilidade das famílias e que garantisse um futuro para os seus filhos. Portugal constituiu a escolha mais óbvia, mas foi também uma escolha pensada e refletida. Com efeito, a ligação existente entre Portugal e Moçambique favoreceu a vinda dos hindus para este país, os quais pensaram na oportunidade de reconstruir a sua vida num país mais estável, que lhes era próximo, do qual tinham ouvido falar e com o qual já tinham estabelecido laços afetivos mesmo que fossem ténues. Muitos hindus referem terem ponderado voltar para a Índia, seu país de origem ou país de origem dos seus pais, onde tinham família e onde estavam as suas raízes (Bastos & Bastos, 2001). Contudo, as novas oportunidades que Portugal parecia oferecer em contraposição ao regresso a uma vida passada que procuravam melhorar, foram suficientes para optarem por uma vida que lhes dava esperança, apesar de terem consciência das dificuldades que iriam enfrentar (Ávila & Alves, 1993). Essas dificuldades foram de ordem variada sendo as mais frequentemente referidas pela comunidade hindu as de ordem cultural como a língua, a falta de alimentos e produtos indianos específicos, as de ordem económica, das quais se destaca a alteração do estilo de vida que implicou uma reestruturação da dinâmica familiar e a realização de tarefas e trabalhos novos e desconhecidos que tiveram que aprender e desenvolver. Com efeito, a maioria das famílias hindus optou pela vinda inicial do chefe de família para conhecer as possibilidades reais de trabalho e de habitação, ocorrendo só posteriormente a vinda da restante família (mulher e filhos). A integração teve assim início pelo mercado de trabalho, arranjando fontes de rendimento que permitissem a sustentabilidade da família e ocorrendo a integração na sociedade portuguesa de uma forma consciente e gradual. Para esta integração no mercado de trabalho foi fundamental a grande coesão familiar e intra-

comunitária responsável por dar força e alento aos migrantes e sobretudo, responsável por lhes dar esperança e perspectivas de vida para si e seus familiares (Malheiros, 1996).

O estabelecimento das famílias hindus em Portugal foi difícil. Apesar da proximidade entre Moçambique e Portugal, existiam muitas diferenças que afastavam esta comunidade e que dificultavam a sua integração. No entanto, atualmente a comunidade hindu é, em geral, bem aceite pela população portuguesa a qual respeita os seus valores. Apesar de ainda existir um certo desconhecimento sobre as suas práticas e tradições, existe uma também alguma curiosidade, o que facilita a aceitação e a integração dos hindus na sociedade portuguesa. Será esse o segredo do sucesso na integração desta comunidade?

A saúde dos migrantes continua a ser uma temática sensível e que preocupa não só investigadores como políticos e a sociedade em si. Os vários fatores que podem influenciar a saúde dos migrantes condicionam a percepção e os recursos que os próprios utilizam na sua manutenção. A comunidade hindu rica em práticas antigas relacionadas com o uso medicinal de plantas, de pontos energéticos e sobretudo assente numa filosofia de vida que relaciona o homem com o passado, o presente e o futuro procura encontrar um equilíbrio na vida que se traduz inevitavelmente num equilíbrio na saúde.

MÉTODO

Após uma revisão de literatura, foram efetuadas 6 entrevistas a informantes qualificados que foram determinantes na sensibilização e no conhecimento da filosofia hindu. Posteriormente, realizamos 38 entrevistas a mulheres hindus residentes na região metropolitana de Lisboa sobre a sua vinda para Portugal, as suas principais dificuldades e as práticas relacionadas com os cuidados às crianças. Esta colheita de dados foi realizada no espaço doméstico das entrevistadas, procurando conhecer a sua realidade. Paralelamente, e após consentimento informado, foram realizadas observações fílmicas e fotográficas que complementaram e enriqueceram o discurso das mesmas. O tratamento e análise dos dados das entrevistas foi efetuado através da análise de conteúdo e os dados colhidos na observação participante fílmica e fotográfica, foram estruturados em sequências relativas aos assuntos estudados, enquadrando e retratando a temática que nos propusemos estudar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A comunidade hindu em Portugal é caraterizada por ser amável, trabalhadora, respeitadora e solidária. Estes valores que regem cada pessoa, afirmam-se como um todo aglomerador quando pensamos nesta comunidade. Com efeito, desde a vinda dos primeiros

hindus para Portugal a vontade de trabalhar, de se estabelecerem e de contribuírem para a economia do país foi evidente, estabelecendo inicialmente pequenos negócios que foram sendo ampliados e atualmente se estendem para fora de Portugal. As campanhas de dádiva de sangue efetuadas de forma contínua ao longo dos anos, a partilha de alimentos com os amigos e vizinhos portugueses nas suas festas religiosas constituíram foram de reforço da sua cultura abrindo caminho para o conhecimento dos seus valores e formas de estar (Monteiro, 2007). Esta atitude de receptividade e de partilha, contribuiu para o conhecimento da realidade de forma contínua, e para uma aceitação pacífica e não de imposição pela sociedade portuguesa. Malheiros (1996) estudou a integração desta comunidade em Portugal através da vertente laboral referindo o seu valor pró-ativo na construção da economia portuguesa, através da criação de lojas de comércio, da formação de enclaves comerciais étnicos e da participação em trabalhos que ajudassem a melhorar a economia familiar, mas também que contribuíssem para o desenvolvimento do país. Esta forma de estar e ser possibilitou que a comunidade hindu fosse vista de forma positiva, com práticas e tradições muito diferentes, mas que podiam coexistir de forma pacífica com a sociedade portuguesa e que afirmam a sua identidade cultural. Bastos e Bastos (2001) referem no seu estudo que apesar de muitos hindus possuírem recursos económicos que lhe poderiam proporcionar um estilo de vida mais ocidentalizado eles optam por se manterem fiéis à sua estrutura comunitária e a ideais hindus que na sua essência repudiam o exibicionismo e o afastamento de valores identitários.

Entre as práticas de saúde tradicionais e a atualidade em Portugal

A vinda dos hindus para Portugal nos anos 80 provocou grandes alterações na dinâmica familiar e económica, trazendo consequências inevitáveis a nível da saúde. Com efeito, os entrevistados referem terem sentido eles próprios vários problemas, nomeadamente infeções respiratórias e problemas gastrointestinais. Porém, as situações mais relatadas prendem-se como problemas psicológicos como ansiedade, depressão, medo, insegurança justificadas pela insegurança e incerteza sentidas na altura. Monteiro (2007) no seu estudo, refere que os entrevistados, recordando as suas próprias vivências, fazem comparações empíricas entre a sua situação e a de outros migrantes verbalizando que o sentido de comunidade e de interajuda contribuiu para minorar estas afeções. Com efeito, a unidade e suporte da comunidade hindu ajudou a que houvesse sempre alguém a quem recorrer nas situações mais difíceis. A preocupação com o bem-estar mental é valorizada e defendida através de práticas como a meditação e as orações. Paralelamente, a existência de médicos hindus na comunidade fez como que funcionassem como elementos de referência na orientação para o acesso aos serviços de saúde, mas sobretudo que resolvessem situações de doença imediata com recurso aos seus conhecimentos e à sua prática, utilizando e orientando o uso de medicamentos caseiros ou tradicionais que as famílias hindus reconheciam.

O longo caminho percorrido pela medicina *ayurvédica* mantem-se nos dias de hoje e constitui fonte de inspiração e complementaridade entre a medicina mais atual e a mais

antiga (Sant'ana, 2008). Com efeito, dentro das casas das famílias hindus assiste-se às práticas ancestrais de cuidados de saúde através do uso de produtos e plantas naturais com propriedades medicinais reconhecidas e comprovadas, que são adquiridos em lojas indianas ou que são trazidos da Índia por familiares ou nas visitas que efetuam. As famílias hindus em situação de doença recorrem aos conhecimentos transmitidos pelos avós, pelas mães e pelos familiares mais antigos e procuram reproduzir as suas práticas (Monteiro, 2007). A aplicação de remédios caseiros como o uso do açafrão diluído em água para reforço da imunidade e para tratar infeções respiratórias, os cataplasmas de argila para diminuir dores e inchaços ou simplesmente, o uso de ervas em forma de pós, chás ou tisanas continua a ser uma prática comum e o primeiro recurso em situação de doença. Posteriormente, e em situações de maior gravidade, estas famílias optam por recorrer à medicina ocidental, designadamente aos médicos do Serviço Nacional de Saúde de forma a terem um acompanhamento mais eficaz tal como nos foi referido: "Quando alguém está doente os indianos pedem conselho às pessoas mais velhas porque elas têm experiência, sabem usar as plantas e fazer medicamentos que ajudam e depois, também se reza e se vai ao templo. Em Lisboa "na região da Portela há um templo e uma senhora põe as pulseiras do mau olhado e aquilo ajuda... depois se não passar vamos ao médico, mas os mais velhos sabem de onde vem a doença" (E36). A opção de tratamento encontrada surge dentro da própria comunidade, através de familiares e amigos mais próximos que utilizam os seus conhecimentos e as práticas tradicionais para curar mazelas ou para adiar a ida ao médico nos casos que não têm uma resolução simples. Estas práticas que recorrem a elementos naturais, a plantas e tratamentos tradicionais ou também a elementos e objetos mágico-religiosos ajudam o migrante a acreditar que a sua saúde vai melhorar e que vai estar protegido.

Uma situação particular é a da saúde das crianças, pois existe uma preocupação acrescida com estas, tanto a nível físico como a nível mental. Vários estudos referem que crianças imigrantes que se insiram em famílias em que ambos os pais sejam migrantes ou em que existam redes sociais muito fortes apresentam condições psicológicas mais fortes que necessariamente têm repercussão no bem-estar físico e no seu desenvolvimento (Pires, 2009). Atualmente, os pais hindus utilizam paralelamente os remédios caseiros e a medicação prescrita pelos médicos. Este uso conjunto de práticas é justificado, pela maioria dos entrevistados, pelo valor que a cultura hindu atribui à vida de uma criança, a qual deve ser cuidada com muito carinho e com total dedicação. As mulheres hindus mais jovens defendem a ida imediata ao médico no sentido de não ser atrasado o diagnóstico, evidenciando uma transição real entre as práticas mais tradicionais e a medicina atual (Monteiro & Ramos, 2010). O uso de práticas mágico-religiosas também é bastante comum, quer seja de forma visível ou de forma mais escondida. Exemplo frequente desta prática é o uso de *cajal* nas crianças, seja nos olhos, ou de forma mais oculta, atrás da orelha ou ainda no couro cabeludo. Esta prática considerada de proteção e de afastamento do mau olhado continua a ser utilizada pelas famílias, principalmente pelas mulheres hindus em contexto migratório, seja em Portugal ou noutros contextos culturais (Ramos, 2004, 2014; Monteiro, 2007). O uso do sal é frequente para tirar o mau olhado, passando sete vezes pela pessoa, acompanhando com rezas e depois queimando esse sal. Estas práticas não são

mencionadas aos profissionais de saúde pelo medo de serem julgados e criticados: "Aqui em Portugal, no dia em que vamos à consulta do médico não colocamos nada, nem *cajal*, nem bolinhas pretas na mão, nem nada, porque eles depois perguntam e é difícil de explicar e não percebem porque fazemos aquilo" (E31). Estas práticas populares coexistem com as práticas religiosas onde o recurso a benesses a nível de saúde e prosperidade são feitas através das orações diárias e das ofertas de alimentos, flores e dinheiro feitas tanto nos *mandires* domésticos como nos templos (Monteiro, 2007; Pintchman, 2007).

Nas famílias hindus residentes em Portugal observa-se uma simbiose entre a medicina hindu tradicional e as práticas médicas atuais. Esta constatação é mais evidente nas famílias hindus que ainda conservam os seus elementos mais velhos e que continuam a transmitir os seus ensinamentos sobre o modo de tratar doenças e promover a saúde, executando receitas caseiras e utilizando remédios que lhes foram ensinados pelos seus antepassados a par dos cuidados prescritos pelos médicos e enfermeiros. Apesar desta realidade, constata-se nas gerações mais novas uma mudança de paradigma, valorizando as práticas do país de acolhimento e preferindo medicamentos que acreditam resolver de forma mais rápida e eficaz os seus males e queixas. Esta alteração conduz, por vezes, ao abandono de práticas milenares de proteção e saúde e ao confronto com outras práticas culturais e identitárias, contribuindo para um afastamento da sua cultura de origem.

Torna-se pois importante aprofundar esta temática no sentido de ir ao encontro das necessidades dos migrantes e de potenciar os benefícios de uma escuta, comunicação e articulação informada, ética e consciente ao nível da saúde.

REFERÊNCIAS

Ávila, P., & Alves, M. (1993). Da Índia a Portugal: Trajectórias sociais e estratégias colectivas dos comerciantes indianos. *Sociologia, Problemas e Práticas*, *13*, 115-133.

Bäckström, B., Carvalho, A., & Inglês, U. (2009). Imigração e saúde: O gabinete de saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Revista Migrações*, *4*, 161-189.

Bastos, S., & Bastos, J. (2001). *De Moçambique a Portugal. Reinterpretações identitárias do Hinduísmo em viagem,* Lisboa: Fundação Oriente.

Estrela, P. (2009). A saúde dos imigrantes em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 25*(1), 45-55.

Gonçalves, A., Dias, S., Luck, M., Fernandes, J., & Cabral, J. (2003). Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: Problemas e perspectivas de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *21*(1), 55-64.

Malheiros, J. M. (1996). *Imigrantes na região de Lisboa: Os anos da mudança, imigração e processo de integração das comunidades de origem Indiana*. Lisboa: Edições Colibri.

Monteiro, I. (2007). *Ser Mãe Hindu. Práticas e Rituais relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração*. Lisboa: ACIDI, IP.

Monteiro, I., & Ramos, N. (2010). Ser mãe hindu em contexto de migração em Portugal. In *Actas do Congresso Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos* (pp. 1-11). Florianopolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Pintchman, T. (2007). *Women's lives, women's rituals in the Hindu tradition*. Middletown: Oxford University Press.

Pires, S. (2009). *A Segunda Geração de Imigrantes em Portugal e a diferenciação do Percurso Escolar – Jovens de Origem Cabo-verdiana versus Jovens de Origem hindu-indiana*. Lisboa: ACIDI, IP.

Pussetti, C., Ferreira, J. F., Lechner, E., & Santinho, C. (2009), *Migrantes e saúde mental. A construção da competência cultural*. Lisboa: ACIDI, IP.

Ramos, N. (1999). Conferência: Saúde e multiculturalidade. A criança e a família em contexto migratório. In *IX Congresso Internacional sobre estilos de vida e comportamentos aditivos − Saúde comunitária e exclusão social.* Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 24 e 25 de Novembro de 1999.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2006). Migração, Aculturação, Stresse e Saúde. Perspectivas de Investigação e de Intervenção. *Psychologica, 41*, 329-350.

Ramos, N.(2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas.* João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.

Ramos, N. (2009). Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, *17*(1), 1-11.

Ramos, N. (2012a). Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. *RECIIS – Revista Eletrónica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, *6*(4), 1-19, Rio de Janeiro. http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/573/1214

Ramos, N. (2012b). Família e maternidade em contexto migratório e intercultural. In N. Ramos et al. (Org.) *Família, Educação e Desenvolvimento no séc. XXI. Olhares Interdisciplinares* (pp. 21-28). IPP, ESEP.

Ramos, N. (2012c). Migração, Maternidade e Saúde. Revista: *Reportório, Teatro e Dança. Número Temático – Movimento Criatividade e Cura, 15*(18), 71-83.

Ramos, N. (2014). Género, identidade e maternidade em famílias na diáspora. In R. Simas (Coord.), *A vez e a voz da mulher. Relações e migrações* (pp. 285-299). Lisboa: Ed. Colibri.

Sant'ana, H. (2008). *Medicina Hindu: Práticas eruditas e populares*. Workshop Plantas Medicinais e práticas Fitoterapêuticas nos Trópicos. IICT / CCCM, 29, 30 e 31 de Outubro.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Comportamentos online em jovens portugueses: Estudo da relação entre o bem-estar e o uso da internet

IVONE PATRÃO (*)

A *Internet* tornou-se num recurso essencial na rotina dos jovens. É um utensílio que facilita as comunicações interpessoais e cria novos contextos sociais. O acesso e uso da *Internet* massificou-se e qualquer jovem, seja em casa, na escola ou em espaços públicos, consegue aceder às suas preferências *online* (INE, 2011; PORDATA, 2015).O comportamento *online* é considerado um comportamento em si social, por se considerar que há muitas semelhanças com o que acontece na vida social (e.g., redes socias, compras *online*, jogo *online*, ciber-relacionamentos, ciber-sexo, apostas *online*). Há sempre uma componente de interação e de troca (Ma, 2011).

A investigação científica tem-se desenvolvido, por um lado, em torno das vantagens da *Internet* (e.g., a importância das tecnologias de informação (TIC) na educação) e, por outro, focando-se naquilo que podem ser os comportamentos *online* excessivos, problemáticos, com reais implicações para o funcionamento (emocional, físico, social, académico, laboral) do indivíduo.

O termo adição à *Internet* é o mais comum na literatura e engloba diferentes comportamentos problemáticos *online*: jogo, apostas, ciber-relacionamentos, ciber-sexo, compras, pesquisas (Van Rooji & Prause, 2014; Young, 2011).O uso problemático da *Internet* (UPI) nos jovens caracteriza-se por uma perda de controlo, pela dependência e pelo impacto na funcionalidade. No início há um reforço positivo pelo prazer associado ao uso da *Internet*, mas com o passar do tempo há um reforço negativo, porque estar *online* serve para aliviar a tensão emocional (Echeburúa & Corral, 2010).

Os critérios para o UPI centram-se em 5 aspectos: (1) a *Internet* é a atividade principal; (2) necessidade de estar *online* por mais tempo para obter a mesma satisfação inicial; (3) realização de esforços sem êxito para controlar, reduzir ou parar o uso da *Internet*; (4) fadiga, irritabilidade, sintomas depressivos quando se tenta diminuir ou parar o uso da *Internet*; (5) pelo uso da *Internet* arriscar ou minimizar a perda de relações significativas, trabalho, oportunidades académicas ou profissionais (Griffiths, 2015; Van Rooji e Prause, 2014).

Alguns estudos alertam para o perfil de risco e quais as consequências que o mundo virtual tem no desenvolvimento e funcionamento dos jovens, a todos os níveis (e.g.,

(*) ISPA – Instituto Universitário / ARSLVT, Lisboa, Portugal.

emocional, relacional, higiene do sono), sendo mais prevalente nos rapazes (e.g., jogos *online*) (Carbonell, Fúster, Chamarro, & Oberst 2012; Ko, Liu, Wang, Chen, Yen, & Yen, 2014; Park, 2014; Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015; Pontes, Griffiths, & Patrão, 2014; Salgado, Boubeta, Tobío, Mallou, & Couto, 2014).

A linha de investigação que tem sido desenvolvida tem-se centrado na análise dos comportamentos *online* e na sua associação com o bem-estar em jovens portugueses. Como objetivos específicos têm sido analisadas as relações entre o UPI e um conjunto de variáveis psicossociais (e.g., alterações do humor, perturbação sono, bem-estar psicológico, isolamento social, funcionamento familiar, auto-controlo, características *mindfulness*), variáveis sociodemográficas (e.g., idade, género, escolaridade) e variáveis de avaliação dos comportamentos online (e.g., frequência do uso; tipo de acesso; preferências *online*).

Os resultados indicam que existe uma relação entre a UPI e as variáveis psicossociais, e que dos comportamentos *online* em jovens entre os 12 e 30 anos há a destacar que na sua maioria: consideram-se dependentes da *Internet;* utilizam a *Internet* para lidar com problemas emocionais; estar *online* lhes retira tempo para estudar, dormir, estar com a família e socializar; e que têm como preferências *online*, por ordem, as redes sociais, a visualização de *sites* de multimédia e os jogos *online* (Patrão & Machado, in press; Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015; Pontes, Griffiths, & Patrão, 2014).

Dos resultados até à data analisados surge a questão de qual será o perfil de risco para o desenvolvimento do UPI e se há diferenças entre o género.

MÉTODO

Participantes

Dos 3000 jovens que participaram (M=17,6; DP=5,34) a sua maioria é do género masculino (59,9%), pertencem ao ensino básico (2º e 3º ciclos) (71,7%), vivem num meio predominantemente urbano (68,7%), nunca ficaram retidos em nenhum ano de escolaridade (67,4%), não têm uma relação de compromisso (65%) e não praticam actividade física fora das actividades escolares (51%).

Instrumentos

Para a presente investigação foram utilizados os seguintes questionário e escalas:

O questionário sociodemográfico e de acesso e uso da *internet* (realizado pelos autores no âmbito da investigação) compreende dezanove questões, em que dez são de carácter sóciodemográfico e nove relativas ao uso da *internet*.

A *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* (GPIUS2 – Caplan, 2010) tem como objectivo avaliar as cognições, os comportamentos e as consequências que estão associadas ao UPI.

A *Psychological Well-Being Scale – 30* (EBEP) validada para a população portuguesa por Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira (2010) é uma escala de trinta itens que avalia as seis dimensões do bem-estar psicológico de Carol Ryff (1989), cada uma com cinco itens: domínio do meio; aceitação de si; crescimento pessoal; objectivos de vida; relações positivas com os outros e autonomia.

A *Athens Insomnia Scale* (AIS, Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000) foi construída segundo os critérios de diagnóstico de perturbação de sono (i.e. a insónia), permite fazer uma correspondência ao diagnóstico de insónia e analisar as consequências diárias que são causadas pelo distúrbio nocturno (Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000).

A *Escala de Ansiedade Depressão e Stress* (EADS-21) (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), que avalia a depressão, ansiedade e stress.

A *Family Assement Device* (FAD) (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983), que avalia a estrutura e propriedades de organização da família e os seus padrões de relação.

Procedimento

Com a autorização do Ministério da Educação recolheram-se amostras do ensino básico, secundário e universitário, com uma amostra total de 3000 jovens portugueses (12-30 anos), avaliadas através de uma bateria de instrumentos (de avaliação dos comportamentos *online*, UPI e das variáveis sociodemográficas e psicossociais), colocada *online* através de um *link* especifico.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise estatística com recurso ao programa estatístico *SPSS* (*IBM SPSS Statistics Version 21*), tendo sido efectuadas as estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e correlações de *Pearson*, para construção do perfil de risco por género.

RESULTADOS

Através dos dados produzidos pela investigação realizada é possível fazer uma leitura de perfis de risco, de acordo com o género, que se apresenta de seguida (Quadro 1).

Quadro 1

*Perfis de Risco para o desenvolvimento de UPI, de acordo com o género**

Perfis de Risco	Perfil – Rapazes	Perfil – Raparigas
Início de acesso à *Internet**	5-8 anos	5-8 anos
Acesso a Dispositivos Móveis*	Facilitado	Facilitado
Média horas online por dia**	6 horas	6 horas
Preferências *Online*	Jogos *Online*	Redes Sociais
Consideram-se dependentes da *Internet*	Sim	Sim
Níveis Superior UPI	Sim	Sim
Utilizam a *Internet* para lidar com problemas emocionais	Sim	Sim
Alterações de Humor, no Sono, no Bem-estar Psicológico e no Funcionamento Familiar	Sim	Sim
Perfis de Risco	Perfil – Rapazes	Perfil – Raparigas
Início de acesso à *Internet**	5-8 anos	5-8 anos
Acesso a Dispositivos Móveis*	Facilitado	Facilitado
Média horas online por dia**	6 horas	6 horas
Preferências *Online*	Jogos *Online*	Redes Sociais
Consideram-se dependentes da *Internet*	Sim	Sim
Níveis Superior UPI	Sim	Sim
Utilizam a *Internet* para lidar com problemas emocionais	Sim	Sim
Alterações de Humor, no Sono, no Bem-estar Psicológico e no Funcionamento Familiar	Sim	Sim

Nota. *sem controlo parental; **contabilizados o número de horas na escola, em espaços públicos e em casa.

Os perfis de risco são semelhantes entre os géneros. As preferências *online* são a única característica que distingue rapazes e raparigas. Os primeiros preferem o jogo *online* e, os segundos, as redes sociais.

DISCUSSÃO

As características apresentadas nos perfis de risco podem constituir sinais de alerta para professores e pais, nomeadamente os comportamentos associados ao início precoce do uso da *Internet* (entre os 5 e os 8 anos) e o acesso a dispositivos móveis, sem controlo parental. Tisseron (2013) alerta para uma regra de utilização das tecnologias de acordo com a idade. Advoga que a televisão só deve ser introduzida aos 3 anos; os jogos *offline* (e.g., *playstation*) aos 6 anos; a *Internet* a partir dos 9 anos; e as redes sociais aos 12 anos, com vigilância parental.

Alguns estudos alertam para o fato dos estilos parentais mais permissivos e a falta de coesão familiar se encontram relacionados com a presença de UPI nos jovens (Gunuc &

Dogan, 2013; Gündüz & Sahin, 2011; Li, Dang, Zhang, Zhang, & Guo, 2014; Kalaitzaki & Birtchnell, 2014). Neste sentido, é importante serem consideradas duas linhas de intervenção: uma linha preventiva, e uma linha de avaliação e intervenção. A primeira tem um foco no aconselhamento parental quanto aos comportamentos de uso e acesso às TIC, para que desde a primeira infância se possam encontrar as estratégias mais adequadas e que estimulem o saudável desenvolvimento da criança. A linha de avaliação e intervenção centra-se no rastreio do UPI tendo em conta sinais de alerta já identificados nos perfis de risco, de acordo com o género.

Existem outras características que podem estar associadas aos perfis de risco de desenvolvimento de UPI, como o isolamento social (Pontes, Griffiths, & Patrão, 2014), e a ausência de relacionamento amoroso (Patrão, Costa, Machado, & Young, em preparação) em jovens. Este estudo exploratório permitiu ter uma primeira abordagem dos perfis de risco numa amostra de jovens portugueses, mas não se constitui como um estudo representativo dessa população. Estudos futuros deverão analisar o perfil emergente em amostras clinicas, com características de UPI, de forma a perceber se há diferenças quer no tipo, como na intensidade das características associadas.

REFERÊNCIAS

Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A., & Oberst, U. (2012). Adicción a internet y móvil: Una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del Psicólogo, 33*(2), 82-89.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: Un nuevo reto. *Adicciones*, *22*(2), 91-95.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*(2), 171-180.

Griffiths, M. D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, *82*, 44-46.

Gündüz, S., & Sahin, S. (2011). Internet usage and parents' views about internet addiction. *International Journal of Human Sciences, 8*(1), 277-278.

Gunuc, S., & Dogan, A. (2013). The relationships between Turkish adolescents' internet addiction, their perceived social support and family activities. *Computers in Human Behavior, 29*, 2197-2207.

INE (2011). *Censos: Resultados preliminares*. Lisboa: INE.

Kalaitzaki, A., & Birtchnell, J. (2014).The impact of early parenting bonding on young adults' Internet addiction, through the mediation effects of negative relating to others and sadness. *Addictive Behaviors, 39,* 733-736.

Ko, C., Liu, T., Wang, P., Chen, C., Yen, C., & Yen, J. (2014). The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 1377-1384.

Li, C., Dang, J., Zhang, X., Zhang, Q., & Guo, J. (2014). Internet addiction among Chinese adolescents: The effect of parental behavior and self-control. *Computers in Human Behavior*, *41*, 1-7.

Ma, H. (2011). Internet addiction and antisocial internet behavior of adolescents. *The Scientific World Journal, 11,* 2187-2196.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade depressão stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *5*(2), 229-239.

Park, S. (2014). Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. *BMC Public Health*, *14*(1), 1-6.

Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P., & Leal, I. (2015). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar. In L. Mata, M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto, A. C. Silva, & J. M. C. Silva (Eds.), *Actas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). Lisboa: ISPA.

Patrão, I., & Machado, M. (in press). Jovens e a internet: Uma relação com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico. *Atas do Congresso de Psicologia da Saúde*.

Patrão, I., Costa, R., Machado, M., & Young, K. (em preparação). *Internet addiction and relationship status: Sex differences.*

Pontes, H., Griffiths, M., & Patrão, I. (2014) Internet addiction and loneliness among children and adolescents in the education setting: An empirical pilot study. *Aloma, 32*(1), 91-98.

PORDATA. (2015). *Base de dados Portugal contemporâneo*. Lisboa: INE.

Salgado, P., Boubeta, A., Tobío, T., Mallou, J., & Couto, C. (2014). Evaluation and early detection of problematic Internet use in adolescents. *Psicothema, 26*(1), 21-26.

Van Rooij, A., & Prause, N. (2014). A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *Journal of behavioral addictions*, *3*(4), 203-213.

Tisseron, S. (2013). *3-6-9-12 Computadores, telemóveis e tablets: Como crescer e progredir com eles*. Lisboa: Gradiva.

Young, K. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 225*(4), 304-312.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Jovens e a internet: Uma relação com a perturbação do sono e o bem-estar psicológico

IVONE PATRÃO (*)
MARIANA MACHADO (*)

Desde do aparecimento da *internet* que esta tem um papel fulcral na rotina dos indivíduos, tanto por motivos recreacionais como laborais/académicos, tendo aumentado a investigação acerca dos comportamentos *online*, nomeadamente sobre o uso problemático da *internet* (UPI).Existem diferentes terminologias (*Pathological Internet Use*, *Internet Adiction, Problematic Internet Use)* para aquilo que Ivan Golberg em 1995 designou como *internet addiction disorder*, um comportamento que envolve o indivíduo em actividades através da *internet*, de forma contínua e sem controlo, que abarca consequências negativas a nível emocional, social e ocupacional (Patrão, Machado, Fernandes, & Leal, 2015).

No que toca aos critérios de diagnóstico, a discussão é longa na literatura, no entanto Van Rooji e Prause (2014) salientam os pontos em comum entre os investigadores: a preocupação cognitiva, que diz respeito ao pensamento constante acerca da última sessão e da futura sessão *online*; o uso incontrolável, que se prende com as tentativas na redução ou anulação do uso e que não têm sucesso acabando por se tornarem em recaídas; alteração de humor pela privação do uso, ou seja, sentimentos de irritação, tristeza quando não se está *online*; regulação de humor através do uso, o que diz respeito à diminuição de ansiedade sentida perante a exposição pessoal e dos sentimentos de solidão, pela rede de suporte que o indivíduo sente que adquire com o uso da *internet*; e por fim as consequências negativas, que se prendem com os prejuízos que o UPI traz para as diversas esferas da vida (e.g. académica, social, familiar, pessoal) do indivíduo.

O grupo etário que tem sido considerado com maior potencial de desenvolvimento de UPI tem sido o de adolescentes devido à sobreexposição que têm no seu dia-a-dia. O estudo *EUKids Online* em 2012 revelou que 29% de jovens europeus entre o 11 e os 16 anos têm um ou mais componentes de UPI e outros estudos com amostras de jovens apontam uma prevalência de UPI entre 1% e 36,7% (Lopez-Fernandez, Freixa-Blanxart, & Honrubia-Serrano, 2013; Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014; Tsitsikas et al., 2011; Wölfling, Beutel, Dreier, & Müller, 2014).

Os estudos têm indicado que o UPI está associado a diversos factores de risco, como o isolamento social (Pontes, Griffiths, & Patrão, 2014); falta de suporte emocional (Griffiths,

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

2015) alterações no funcionamento familiar (Griffiths, 2015), alterações no sono (Choi et al., 2009) e alterações no bem-estar psicológico (Çardak, 2013). Os jovens que revelam passar mais tempo na *internet* têm demonstrado ter menos tempo de sono, assim como uma qualidade de sono mais precária, sentindo-se mais cansados e com sonolência diurna (Van den Bulck, 2004). Choi e colaboradores (2009) verificaram que os estudantes com UPI tinham uma menor duração de sono do que estudantes que não indicavam ter UPI. O impacto da pouca duração e qualidade do sono tem-se verificado também no bem-estar psicológico (Ryff, Singer, & Love, 2004), diminuindo os seus níveis.

Este estudo tem como objectivo investigar a relação entre o UPI, as alterações de sono e o bem-estar psicológico tendo em conta o modelo proposto por Carol Ryff (1989) (que considera os domínios do meio, aceitação de si, crescimento pessoal, objectivos de vida, relações positivas com os outros e autonomia), numa amostra de jovens do ensino básico, secundário e universitário.

MÉTODO

Participantes

Dos 2087 jovens que participaram (M=14,5; DP=3,51) selecionaram-se 322 que apresentaram características UPI. Estes 322 jovens (M=14,5; DP=2,23), na sua maioria são do género masculino (55,9%), pertencem ao ensino básico (80,7%), vivem num meio predominantemente urbano (78,9%), nunca ficaram retidos em nenhum ano de escolaridade (59,3%), não têm uma relação de compromisso (77%) e não praticam actividade física fora das actividades escolares (55%).

Instrumentos

Para a presente investigação foram utilizados um questionário de caracterização da amostra e três escalas que permitiram a avaliação dos níveis das variáveis para o estudo da sua relação.

O questionário sociodemográfico e de acesso e uso da *internet* (realizado pelos autores no âmbito da investigação) compreende dezanove questões, em que dez são de carácter sóciodemográfico e nove relativas ao uso da *internet*.

A *Generalized Problematic Internet Use Scale 2* (GPIUS2 – Caplan, 2010), tem como objectivo avaliar as cognições, os comportamentos e as consequências que estão associadas ao UPI. É uma escala de auto-relato, de sete pontos que vai do 'discordo totalmente' ao 'concordo totalmente' e constituída por quinze itens distribuídos uniformemente pelas cinco dimensões que a compõem (i.e., três itens por dimensão): preferência por interacção

online; alteração de humor; preocupação cognitiva, uso compulsivo e consequências negativas. A cotação da escala é feita através da soma dos itens, tendo sido utilizado uma pontuação de corte de 60 (mediana). A escala apresentou uma consistência interna de 0,90, o que revela ser adequada (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

A *Psychological Well-Being Scale – 30* (EBEP) validada para a população portuguesa por Fernandes, Vasconcelos-Raposo e Teixeira (2010) é uma escala de trinta itens que avalia as seis dimensões do bem-estar psicológico de Carol Ryff (1989), cada uma com cinco itens: domínio do meio; aceitação de si; crescimento pessoal; objectivos de vida; relações positivas com os outros e autonomia. Todas estas dimensões apresentam valores de uma boa consistência interna (alfa de Cronbach (a) entre 0,74 e 0,86), assim como a consistência interna global da escala (a=0,93). A escala de resposta é do tipo Likert de seis pontos que vai do 'discordo plenamente' ao 'concordo plenamente'. A cotação é feita pela soma dos itens e quanto maiores os valores, maiores os níveis de bem-estar psicológico (ponto de corte utilizado de 95 – mediana).

A *Athens Insomnia Scale* (AIS, Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000), foi construída segundo os critérios de diagnóstico de perturbação de sono, nomeadamente a insónia, da classificação internacional de doenças. Esta escala é constituída por oito itens, em que os primeiros cinco correspondem ao diagnóstico de insónia e os últimos três correspondem às consequências diárias que são causadas pelo distúrbio nocturno (Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2000). A resposta a cada item da AIS é classificada numa escala de três em que 0 (zero) corresponde a 'sem problema' e 3 (três) 'problema sério'. A cotação é feita através da soma dos itens, considerando que uma pontuação igual ou superior a 6 demonstra presença de insónia (Soldatos, Dikeos, & Paparrigopoulos, 2003). A consistência interna da escala é adequada (a=0,78).

Procedimento

Após a autorização do Ministério da Educação, da comunidade escolar que aceitou participar no estudo (escolas do 2º, 3º ciclo e secundário de todo o país) e dos respectivos encarregados de educação, a amostra foi recolhida através da disponibilização de um *link* numa plataforma *online* onde se encontrava um questionário com todas as escalas mencionadas anteriormente. Todos os participantes tiveram conhecimento do estudo através do consentimento informado, também disponibilizado através do *link*, em que ou concordam em participar voluntariamente no estudo ou então o questionário dava-se por terminado sem ficar com qualquer dado do indivíduo. Foi assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas dos indivíduos.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise estatística com recurso ao programa estatístico *SPSS* (*IBM SPSS Statistics Version 21*), tendo sido efectuadas as estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e correlações de *Pearson* entre as variáveis em

estudo, após a verificação dos pressupostos (variáveis quantitativas e sua respectiva associação linear).

Comportamentos Online

No que respeita aos comportamentos *online* concluiu-se que os jovens iniciam o seu uso da *internet* por volta dos nove anos de idade, passando aproximadamente 33 horas (*DP*=33,7), por semana, *online* por lazer, em que 22 horas (*DP*=30,9) são dedicadas à socialização com os pares. Os jovens acedem à *internet* maioritariamente (71,4%) através de dispositivos móveis (e.g. telemóvel, *tablet*) e em casa (39,4%). As actividades *online* identificadas como preferidas correspondem à socialização através das plataformas *online* disponíveis para o efeito (e.g. *facebook; instagram; twitter*) (65,2%); a visualização de sites de multimédica, como o *youtube*, séries (26,4%) e os videojogos (20,2%). Os jovens referem que o tempo passam *online* lhes retira tempo para outras actividades nomeadamente para a escola/estudo (52,2%), dormir (53,4%), estar em família (56,2%) e fazer exercício físico (53,1%). Concluiu-se também que 64,3% dos jovens considera que a *internet* é um recurso para lidar com problemas emocionais e que 68,9% considera-se dependente daquilo que faz na *internet*.

UPI, Perturbação do Sono e Bem-Estar Psicológico

Nesta amostra de jovens que apresentam características de uso problemático da *internet* (*n*=322), o UPI está relacionado significativamente e de forma positiva com a perturbação do sono (AIS) (r=0,14; p<0,05) e com o bem-estar psicológico (EBEP) (r=0,15; p<0,05), como é demonstrado na Quadro 1. O que quer dizer que à medida que os valores de UPI aumentam, os valores de perturbação do sono e bem-estar psicológico aumentam igualmente.

RESULTADOS

Quadro 1

Correlação de Pearson entre as variáveis GPIUS, AIS e EBEP

	Correlações		
	GPIUS	AIS	EBEP
GPIUS	1		
AIS	0,14*	1	
EBEP	0,15*	-0,04	1

Nota. *A correlação é significativa no nível 0,05.

DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo foi a análise da relação entre o UPI, as alterações do sono e o bem-estar psicológico. Verificou-se que os jovens com UPI demonstram ter uma menor qualidade e duração do sono, devido às longas sessões nocturnas que acabam por fazer, tirando tempo e espaço ao descanso nocturno (Choi et al., 2009; Park, 2014).

Estes jovens também percepcionam um elevado bem-estar psicológico, uma vez que através da interacção *online* se sentem mais seguros devido à proteção que um ecrã traz à exposição pessoal, tornando-se mais fácil a exposição de ideias, pensamentos, sentimentos, diminuindo a possível rejeição por parte dos pares e conseguindo assim o que na interacção face-a-face se torna mais difícil (Çardak, 2013). A *internet* tem também, junto destes jovens, o papel de aliviar emoções negativas, o que faz com que se sentiam mais suportados socialmente por conseguirem *online* encontrarem um grupo de pertença, em que se sentem aceites (Dhir, Chen, & Nieminen, 2015). Constitui-se como tarefa da adolescência a aquisição de um grupo de pertença, no entanto neste caso esta tarefa está a desenvolver-se com o domínio da interacção *online* o que poderá ter consequências ao nível das competências sociais.

Os dados deste estudo alertam também para o facto de os jovens com características UPI passarem um tempo excessivo *online* por semana (mais de um dia inteiro por semana), que lhes retira tempo para outras actividades diárias importantes, e que pode ter um efeito de contribuição no reforço positivo do uso, devido aos ganhos emocionais que os jovens sentem quando estão *online* (e.g. sentimento de pertença; aumento da auto-estima).

Este estudo conclui a importância da continuação da investigação dos comportamentos *online* dos adolescentes e a pertinência de programas de promoção de comportamentos *online* saudáveis junto dos jovens.

REFERÊNCIAS

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior*, *26*(5), 1089-1097.

Çardak, M. (2013). Psychological well-being and Internet addiction among university students. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, *12*, 134-141.

Choi, K., Son, H., Park, M., Han, J., Kim, K., Lee, B., & Gwak, H. (2009). Internet over use and excessive day time sleepiness in adolescents. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *63*(4), 455-462.

Dhir, A., Chen, S., & Nieminen, M. (2015). Predicting adolescent Internet addiction: The roles of demographics, technology accessibility, unwillingness to communicate and sought Internet gratifications. *Computers in Human Behavior*, *51*, 24-33.

Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. M. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, *13*(02), 1032-1043.

Griffiths, M. D. (2015). Classification and treatment of behavioural addictions. *Nursing in Practice*, *82*, 44-46.

Lopez-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. (2013). The problematic Internet entertainment use scale for adolescents: Prevalence of problem Internet use in Spanish high school students. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *16*(2), 108-118.

Marôco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, *4*(1), 65-90.

Park, S. (2014). Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. *BMC public health*, *14*(1), 1143.

Patrão, I., Machado, M., Fernandes, P., & Leal, I. (2015). Jovens e internet: Relação com o bem-estar psicológico, isolamento social e funcionamento familiar. In L. Mata, M. A. Martins, V. Monteiro, J. Morgado, F. Peixoto, A. C. Silva, & J. M. C. Silva (Eds.), *Actas XIII Colóquio Internacional Psicologia e Educação* (pp. 241-249). Lisboa: ISPA.

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.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Ryff, C., Singer, B., & Love, G. (2004). Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 1383-1394.

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of psychosomatic research*, *48*(6), 555-560.

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of psychosomatic research*, *55*(3), 263-267.

Tsitsika, A., Critselis, E., Louizou, A., Janikian, M., Freskou, A., Marangou, E., . . . & Kafetzis, D. A. (2011). Determinants of Internet addiction among adolescents: A case-control study. *The Scientific World Journal, 11*, 866-874.

Van den Bulck, J. (2004). Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-schoolchildren. *Sleep*, *27*(1), 101-104.

Van Rooij, A., & Prause, N. (2014). A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *Journal of behavioral addictions*, *3*(4), 203-213.

Wölfling, K., Beutel, M., Dreier, M., & Müller, K. (2014). Treatment Outcomes in Patients with Internet Addiction: A Clinical Pilot Study on the Effects of a Cognitive-Behavioral Therapy Program. *Bio Med Research International*, 2014, 1-8.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A experiência cultural como promoção de saúde na adolescência

IVONISE FERNANDES DA MOTTA (*)
CLÁUDIA YAÍSA GONÇALVES DA SILVA (*)
MARIA LUCIA PUTINI BARSUGLIA (*)
VINICIUS AGUIAR (*)

No Brasil, existem vários programas institucionais com o foco na qualidade de vida e promoção da saúde direcionados às diferentes faixas etárias, incidindo sobre a importância da amamentação aos bebês, vacinação na infância, prevenção de doenças na mulher e no homem e o controle de doenças na terceira idade. Para a população adolescente e juvenil, em geral, os programas incidem sobre a educação sexual. No entanto, não apenas a saúde física se torna importante, mas também a saúde emocional da população. Tendo isso em conta, pretendemos abranger neste estudo reflexões sobre as possibilidades de promoção de saúde psíquica para os adolescentes utentes dos serviços institucionais sociais e de saúde, compreendendo as especificidades dessa faixa etária e o conceito de saúde a partir do referencial do psicanalista inglês, Donald Woods Winnicott. A teoria winnicottiana tem nos oferecido importante respaldo para os estudos sobre o processo de amadurecimento emocional humano, portanto, consideramos valoroso tal embasamento também neste trabalho, principalmente devido à compreensão de saúde emocional proposta pelo autor, o qual proporciona uma visão ampliada sobre o conceito de saúde, não como ausência de doença, mas como parte do processo de amadurecimento pessoal.

Reflexões sobre a adolescência

A adolescência é uma fase marcada pelas evoluções e transformações físicas do indivíduo, com o início da capacidade sexual (puberdade). No entanto, também acontecem mudanças ligadas ao crescimento emocional, sendo possível um jovem atingir a puberdade sem que vivencie as características de amadurecimento esperadas para o adolescente. Tais transformações podem gerar impasse, ansiedade e conflitos próprios aos novos desafios pessoais, os quais tendem a esvair conforme se adquire maior amadurecimento (Winnicott, 1994).

Para Winnicott (1982), a adolescência não é um problema em si, mas uma etapa normal do processo de desenvolvimento humano, quando se estabelece maior identificação com a

(*) Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil

sociedade e figuras externas à família, importantes para a estruturação da identidade do sujeito. Nesta fase, o adolescente é conduzido a assumir responsabilidades significativas e a se posicionar, podendo tanto auxiliar na perpetuação dos aspectos familiares herdados, quanto alterar ou romper com esse legado.

Por esse viés, deve ser dada a oportunidade de o adolescente vivenciar tal momento de modo particular, para que possa se colocar em contato com as questões da descoberta pessoal e da própria existência. Mesmo sem a certeza de qual caminho seguir, o adolescente tende a rejeitar qualquer tipo de solução que não lhe pareça própria, que lhe dê a sensação de ser falsa, pois o que procura são as experiências que lhe façam sentir-se real, ainda que tal posicionamento não ofereça uma garantia consistente em um primeiro momento (Winnicott, 1993).

Interessante notar que mesmo existindo a necessidade de certo distanciamento do meio familiar, é esta instituição que fornecerá a base para a inserção nos grupos na adolescência. Para o jovem é fundamental a permanência da família como uma estrutura de referência. Nessas condições, proporciona-se ao adolescente a segurança para explorar os grupos para além do âmbito familiar, conhecendo e tendo demais experiências que irão somar ao processo de amadurecimento, mas sem a perda da própria identidade (Winnicott, 1990).

Ainda que permaneça certa dependência familiar, o adolescente necessita transpassar seus aspectos infantis e inconscientemente suplantar os pais, a fim de ocupar o lugar que a eles pertencia. O adolescente tem a liberdade de sonhar, criar, lançar ideias inovadoras e diferentes, mesmo que absurdas. Também é parte da adolescência saudável a manutenção do caráter de contestação e imaturidade (Winnicott, 1989).

Winnicott (1975) afirma que "a imaturidade é uma parte preciosa da adolescência. Nela estão contidos os aspectos mais excitantes do pensamento criativo, sentimentos novos e diferentes, ideias de um novo viver" (p.198). Nesse sentido, um certo nível de imaturidade precisa ser acolhido pelo mundo adulto e vivenciado na adolescência a seu tempo, pois, além de propiciar as descobertas e ensaios sobre quem é o jovem e no que quer se tornar, também movimenta a sociedade por meio das oposições. No decurso normal da vivência da adolescência, espera-se que com a proximidade da vida adulta a imaturidade deixe de ter seu destaque em prol das novas conquistas em termos de amadurecimento (Winnicott, 1989).

Outra peculiaridade presente no cenário adolescente é a importância dos agrupamentos juvenis, os quais, em geral, são caracterizados pela junção de vários indivíduos isolados, imersos em um estado natural de "depressões adolescentes" devido às incertezas que os acometem. Frequentemente, a associação a grupos revela uma procura nos demais integrantes de aspectos em comum (música, gírias, roupas), visando contribuir no processo de afirmação de si e da própria identidade. Em vista disso, os adolescentes mais extremistas são aqueles que irão atuar em nome dos demais, propiciando um sentimento de realidade em meio aos conflitos e instabilidades da fase desenvolvimentista (Winnicott, 2002).

A associação aos grupos corresponde ao processo de socialização, tão comum e importante na juventude. Dayrell (2002) destaca a socialização juvenil como sendo "os

processos por meio dos quais os sujeitos se apropriam do social, de seus valores, de suas normas e de seus papéis, a partir de determinada posição e da representação das próprias necessidades e interesses" (p. 121). Então, pela via da socialização, o adolescente alcança a possibilidade de expandir o olhar perante a realidade e compreender o significado de seu meio social e suas vivências, ao compartilhar aspectos pessoais com o grupo pertencente.

A saúde e a experiência cultural na teoria de Winnicott

Na perspectiva referencial winnicottiana, a saúde emocional de um indivíduo é constituída de acordo com a maturidade que ele alcançou, em concordância com a sua idade, refletindo, assim, o grau de integração da personalidade, independência e socialização conquistados. Para tanto, deve-se levar em consideração o nível da provisão ambiental experienciada e o potencial herdado de cada pessoa que direciona o crescimento.

Catafesta (1996) observa que Winnicott, ao acreditar na existência de um potencial humano que evolui no sentido do crescimento e da saúde, reforça a crença na disposição individual em superar e transformar as contrariedades que por vezes podem acontecer, devido às falhas ambientais de provisão nos momentos iniciais de vida, facilitando ou dificultando os processos de integração. Isso se faz relevante para pensarmos nas possibilidades de transformação e mudança de posicionamento de vida que são possíveis de serem traçadas, apesar das dificuldades que por vezes acontecem.

Nesse contexto, a saúde pode ser identificada no indivíduo que não deixa de evoluir em seu processo de amadurecimento pessoal, que encontra o sentido de ser, de que vive a sua própria vida, sentindo-se real. É a pessoa que alcança a autonomia e a independência nos moldes da maturidade esperada, identificando-se com os aspectos do grupo social, mas sem perder os delineamentos pessoais e individuais (Winnicott, 1989).

Catafesta (1996) complementa que nessa perspectiva a saúde também apresenta uma ligação com a criatividade, na sensação de que a vida vale a pena ser vivida e no movimento de busca de algo que se pretende encontrar. Por um lado, tal movimento indica que existe esperança por parte do indivíduo, o que contribui para o desenvolvimento psíquico, ainda que as condições práticas possam não ser tão favoráveis.

O desenvolvimento da criatividade humana se torna possível a partir da experiência de ilusão propiciada pela relação inicial mãe-bebê num momento no qual a dependência infantil é absoluta. A ilusão traz ao bebê o sentimento de onipotência de que ele está criando o mundo, pois a mãe, estando no estado de preocupação materna primária, momento no qual está em grande sintonia com as necessidades do seu bebê, tem a habilidade de colocar o objeto desejado, o seio, no momento e no lugar exatos. Desse modo, o bebê se sente onipotente, pois cria o objeto de satisfação a partir das suas próprias necessidades.

No texto "A criatividade e suas origens", Winnicott (1975), mostra-se esperançoso que o leitor possa apreender o significado do termo criatividade num sentido mais amplo, que difere da capacidade de criação estética que poderá resultar numa obra de arte. Há, na concepção de Winnicott, uma diferença entre o ato criativo e a criatividade: desenhar,

escrever, pintar, dançar são atividades criativas enquanto que "a criatividade é uma proposição universal e relaciona-se ao estar vivo" (p. 98).

O termo criatividade está intimamente associado à capacidade do brincar espontâneo, no qual é possível experimentar a totalidade da personalidade e se aproximar do *self* individual. Nesse sentido, o psicanalista localiza a experiência criativa nas expansões dos fenômenos ditos transicionais (entre a realidade interna e a realidade objetiva), ou seja, na experiência de ilusão do bebê, no brincar infantil e nas experiências culturais da adolescência e da vida adulta (Winnicott, 1975).

Como dito anteriormente, a origem da criatividade está nos primórdios do desenvolvimento infantil e se refere, intrinsicamente, à relação do bebê com a sua mãe. Para o autor, existem aqueles indivíduos que vivem criativamente e que sentem que a vida vale a pena ser vivida e aqueles que duvidam do valor de se viver; acrescenta, ainda, que a existência destas duas categorias de indivíduos "está diretamente relacionada à qualidade e à quantidade das provisões ambientais no começo ou nas fases primitivas da experiência de vida de cada bebê" (Winnicott, 1975, pp. 102-103).

Sobre a criatividade, Winnicott (1999) enfatiza:

> Para ser criativa, uma pessoa tem que existir, e ter um sentimento de existência, não na forma de uma percepção consciente, mas como uma posição básica a partir da qual operar. Em consequência, a criatividade é o fazer que, gerado a partir do ser, indica que aquele que é está vivo. Pode ser que o impulso esteja em repouso; mas quando a palavra "fazer" pode ser usada com propriedade, já existe criatividade. ...e que para poder ser, e para ter o sentimento de que é, deve-se ter uma predominância do fazer-pelo-impulso sobre o fazer reativo (p. 25).

Winnicott (1975) destaca que ao se buscar a fonte da criatividade, nada poder-se-á concluir, a menos que se considere ambiente e indivíduo como uma unidade indissolúvel. Em outras palavras, a capacidade de viver criativamente é o resultado de um processo desenvolvimental que tem como sustentação uma provisão ambiental suficientemente boa, significando um ambiente-mãe que se ajusta às necessidades do bebê no início de vida.

A capacidade de o indivíduo amadurecer e se desenvolver de forma saudável pode ser evidenciada na relação com o mundo social e com as atividades culturais, na medida em que se dispõe a fazer uso de um gesto autêntico e criativo em direção às variações do brincar na adolescência e na vida adulta, afirmando sua espontaneidade, o encontro consigo, com a vida e o lugar que nela ocupa. "Certamente, na saúde, a participação no mundo da cultura, da relação com os outros, corresponde a um adaptar-se sem perda significativa da espontaneidade, o que nem sempre ocorre ou é facilitado pela realidade externa" (Fulgencio, 2011, pp. 143-144).

Assim, a experiência de um viver criativo dotado de significações quanto à existência do ser, sinaliza a expressão do sentir-se real e denota a conquista da saúde emocional. Nessa direção, a cultura em todas as suas representações pode ser uma aliada às aquisições em

âmbito do amadurecimento pessoal, promovendo a integração e facilitando os processos de vitalização do potencial humano (Motta, 2006).

Winnicott (1975) considera a cultura como o legado deixado pela tradição humana, no qual os indivíduos podem usufruir e ao mesmo tempo oferecer algo em intercâmbio contínuo. A partir dessa compreensão, utiliza o conceito de experiência cultural para expressar as manifestações culturais que se inserem como uma extensão do brincar e dos fenômenos transicionais infantis. Nesse sentido, a experiência cultural ocupa o espaço potencial, a terceira área da existência localizada entre o sujeito e o objeto/meio ambiente.

A respeito da terceira área do viver, ou seja, o espaço potencial, Winnicott (1975) escreve:

> Que está fazendo uma criança, quando fica sentada no chão e brinca sob a guarda da mãe? Que está fazendo um grupo de adolescentes, quando participa de uma reunião de música popular? [...] Podemos auferir algum proveito do exame desse tempo que se refere à possível existência de um lugar para viver, e que não pode ser apropriadamente descrito quer pelo termo 'interno' quer pelo termo 'externo'? (p. 147).

A terceira área da existência humana se insere em um campo intermediário entre a realidade psíquica interna e a realidade objetiva externa, onde ocorre ao mesmo tempo a separação e o encontro do sujeito com o objeto, uma vez que a criança, o adolescente e o adulto podem preencher o espaço potencial de forma criativa com o brincar, os símbolos e a experiência cultural (Winnicott, 1975).

Assim, verificamos que tanto o brincar, quanto as manifestações culturais, ou mesmo o encontro em psicoterapia apresentam um fundo comum localizado na experiência do viver criativo, o qual pode ser entendido como expressão do eu sou, do *self* individual, de sentir-se vivo sendo si mesmo. Seguindo o pensamento winnicottiano, o indivíduo que segue em seu processo de amadurecimento pessoal experimenta essa vivência também nas diversas manifestações culturais.

Sob essa perspectiva é possível falar em saúde emocional, quando o indivíduo consegue dialogar com a experiência e os fenômenos culturais, interligando o individual e o social no espaço da transicionalidade, pois, a pessoa saudável não está isenta de conflitos e medos, mas consegue se apropriar da sua vida de modo verdadeiro, assumindo uma posição ativa ou inativa diante das circunstâncias, responsabilizando-se pelos seus sucessos e fracassos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que a fase desenvolvimentista da adolescência apresenta peculiaridades importantes de serem consideradas quando se propõe um trabalho com essa população. Existem diversas instituições sociais e de saúde direcionadas especificamente ou que se deparam com o atendimento de adolescentes, como, por exemplo, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atendimento Socioeducativos e Centros de Atividades

Culturais e Artísticas. A maioria dos serviços possuem um projeto de trabalho junto a essa população que comumente inclui palestras, oficinas de dança e música, orientação sobre gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Comumente, as atividades propostas são elaboradas visando o cumprimento das obrigações descritas no regimento interno e no planejamento institucional. Os profissionais que atuam diretamente com os adolescentes possuem um papel fundamental na qualidade do serviço prestado e do alcance dos objetivos traçados, para que as atividades não sejam aplicadas com a simples finalidade de preencher o tempo dos usuários do serviço, no período que os mesmos frequentam o local.

Nesse sentido, os profissionais que se destacam por procurarem se engajar nos projetos, estabelecendo uma proximidade com a realidade e as necessidades da população atendida, frequentemente assinalam o quão importante é o fato de se criar possibilidades de contato do adolescente com os elementos da cultura (teatro, pintura, dança, poesia). Faceàs instabilidades vivenciadas nessa etapa da vida, as atividades culturais podem contribuir para a expressão dos sentimentos juvenis, sendo em alguns casos também uma via de conexão entre o adulto e o adolescente, além de favorecer a afirmação da identidade pessoal por meio do sentimento de pertencimento a um grupo de pares. Por parte dos adolescentes também existe o reconhecimento do valor do cenário cultural em suas vidas, muito além de um lazer ou *hobby*, mas ainda como um processo que favorece o conhecimento de habilidades e o desenvolvimento de competências que podem direcionar a uma futura escolha profissional.

Contudo, tendo como base o referencial psicanalítico winnicottiano, vislumbramos demais aspectos a serem considerados a respeito do significado da experiência cultural e sua relação com a saúde pessoal. Tais considerações podem auxiliar os profissionais que atuam diretamente à frente dos programas interventivos com adolescentes, respaldando-os no entendimento de que no processo de amadurecimento pessoal, a entrada da cultura é uma conquista desejável a fim de possibilitar que o indivíduo se aproprie dos aspectos herdados da sociedade e insira algo de si que mostre sua autenticidade. Pela via dos diversos elementos e atividades culturais, é possível que cada adolescente experiencie um ato criativo ao encontrar um sentido próprio para a construção da sua vida.

Na teoria winnicottiana o viver criativo é demonstrativo de saúde, por meio do alcance de aspectos integrativos e amadurecidos que permitem sentir-se real. O adolescente pode ser auxiliado a traçar esse caminho de amadurecimento, compreendendo que, para tanto, deve se apropriar e responsabilizar-se pelas suas vivências, engajando-se em atividades com as quais se identifica e que correspondam àquilo que acredita como propósito de vida. Nessa direção, nem sempre um projeto cultural bem articulado irá atingir esse nível de encontro com o si mesmo em todos os adolescentes de modo igual.

Em vista disso, ressaltamos a importância da construção de espaços nos quais os adolescentes possam se engajar em atividades que vão de encontro aos seus interesses e necessidades pessoais, inclusive contanto com a participação dos mesmos para a organização e estruturação do funcionamento dos grupos de trabalho interventivos. Acreditamos que nessa direção, cada adolescente pode a partir das manifestações culturais,

encontrar meios de ressignificar experiências, mudar posicionamentos, edificar a identidade pessoal e desenvolver novas vivências emocionais. Por essa via, constrói-se uma experiência mais próxima da proposta do psicanalista em questão, o qual reforça que a saúde vivenciada na criatividade e estimulada pela experiência cultural deve ser um ato espontâneo, genuíno, o qual pode mobilizar processos vitalizantes de mudança e transformações pessoais rumo ao amadurecimento.

REFERÊNCIAS

Dayrell, J. (2002). O rap e o funk na socialização da juventude. *Educação e Pesquisa*, *28*(1), 117-136. doi: 10.1590/ep.v28i1.27880

Catafesta, I. F. M. (1996). Potencialidade para a saúde ou algumas reflexões sobre a capacidade para a integração. In I. F. M. Catafesta (Org.), *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo* (pp. 131-142). São Paulo, SP: Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Fulgencio, L. (2011). Um mal-estar na cultura para Freud e para Winnicott. In C. Oliveira (Org.), *Filosofia, psicanálise e sociedade* (pp. 137-146). Rio de Janeiro, RJ: Azougue.

Motta, I. F. (2006). A Psicanálise no século XXI: Um momento de reflexão. In I. F. Motta (Org.), *Psicanálise no século XXI: As Conferências Brasileiras de Robert Rodman* (pp. 285-294). Aparecida, SP: Idéias e Letras.

Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1990). O Ambiente. In W. D. Winnicott (Ed.), *Natureza Humana* (pp. 173-180). Rio de Janeiro, RJ: Imago.

Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo, SP: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (1994). Deduções a partir de uma Entrevista Terapêutica com uma Adolescente. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas: D. W. Winnicott* (pp. 249-259). Porto Alegre, RS: Artmed.

Winnicott, D. W. (1999). Vivendo de modo criativo. In W. D. Winnicott (Ed.), *Tudo Começa em Casa* (pp. 23-39). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2002). A luta para superar depressões. In D. D. Winnicott (Ed.), *Privação e Delinqüência* (pp. 163-175). São Paulo, SP: Martins Fontes.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Adolescência, saúde e mudanças na contemporaneidade: Um estudo de caso

IVONISE FERNANDES DA MOTTA (*)
FRANCISCO PAULO MORAES JUNIOR (*)
RENATA ZARENCZANSKY (*)
GLÁUCIA ROCHA (*)
ANA BEATRIZ FRANÇA (*)
KAUÊ FREITAS (*)

A clínica-escola do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo atende crianças, adolescentes, adultos e idosos que procuram tratamento para as mais diversas queixas. Esses pacientes são atendidos por alunos de graduação e Pós-Graduação deste instituto. Por meio do atendimento de um adolescente e sua mãe, discutiremos os alcances da psicoterapia breve de orientação psicanalítica em contexto institucional.

A adolescência, fase da vida que tem por característica fundamental a separação-individuação das figuras parentais, propicia conflitos e experiências por vezes turbulentas e que demandam intervenção psicológica. Os pais, por sua vez, com frequência solicitam ajuda por dificuldades encontradas no exercício de suas funções parentais. Neste panorama, o psicólogo tem lugar fundamental no sentido do desenvolvimento psíquico e da saúde mental.

O caso permeia dois aspectos centrais das psicoterapias breves de orientação psicodinâmica. (1) O caráter incisivo da terapia: como a presença real do analista e a intervenção direta sobre os sintomas levam o paciente a mudanças rápidas que perduram no cotidiano. (2) Trabalho focal sobre o conflito: uma vez detectado o núcleo central do problema, conduzir as sessões em torno do mesmo. Estes pontos foram tratados pela perspectiva da construção de um espaço transicional em que fosse possível a retomada do processo de separação-individuação por parte do adolescente.

Neste contexto, as psicoterapias breves constituem uma resposta a demandas práticas da vida contemporânea. Algumas delas derivaram das teorias psicodinâmicas, tendo como objetivo levar o paciente a desenvolver *insights* sobre os motivos inconscientes dos seus sintomas. Embora psicanalistas tradicionais tenham tido aversão a esse tipo de enfoque, por acreditarem interromper o fluxo da associação livre e pressionar externamente o paciente,

(*) Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Brasil.

pesquisas mostraram que é possível "acelerar" os processos psíquicos em prol dos objetivos estabelecidos pelo paciente (Malan, 1983).

Há diversas propostas de psicoterapia breve de orientação psicodinâmica que buscam responder à demanda atual por ajuda psicológica, ajustando-se a ela, antes que a um referencial teórico (Yoshida & Enéas, 2013). Estas mesmas autoras destacam que as diferentes propostas atuais de psicoterapia breve psicodinâmica pode ser resumidamente caracterizada "pelo trabalho em torno do foco que inclui conflitos cuja resolução passa pela experiência emocional propiciada pela situação terapêutica, fortemente determinada pela atitude e pela pessoa do terapeuta" (p. 296), guardadas as especificidades de cada uma.

MÉTODO

Psicoterapia Breve Psicodinâmica

Houve somente oito sessões. O caso foi encerrado em julho, mas até novembro de 2015 as mudanças conquistadas nas oito sessões se mantiveram.

Objetivos psicoterapêuticos: Conseguir frequentar a escola e trabalhar regularmente.

Foco da psicoterapia: conflito entre ter autonomia ou continuar ligado à mãe, dissociação da tristeza decorrente dessa dificuldade, autoimagem depreciada. Imago masculina internalizada como fraca e ausente.

Instrumentos

Os instrumentos foram aplicados com a finalidade de se pensar a indicação e o planejamento da psicoterapia (Yoshida & Enéas, 2013). Escala Diagnóstica Operacionalizada Redefinida de Auto relato (EDAO-AR) (Yoshida, 2013) é constituída por 28 afirmações para avaliar a eficácia da adaptação de acordo com o setor Afetivo-Relacional (A-R) e 19 para o setor da Produtividade (Pr), totalizando 47 afirmações. Para cada uma há entre 3 e 5 itens, cada um correspondendo a um nível de qualidade adaptativa. Foram ponderados de acordo com os critérios propostos por Simon (1997) para cada um dos setores. Isto é, no setor A-R: 3 (adequado), 2 (pouco adequado) e 1 (pouquíssimo adequado) e no setor Pr: 2 (adequado), 1 (pouco-adequado) e 0,5 (pouquíssimo-adequado). Para a avaliação da eficácia adaptativa obtém-se a média dos escores dos itens de cada setor e a seguir o escore total, resultante da somatória dos escores por setor. A partir dos escores obtidos é possível obter a classificação da eficácia adaptativa em cinco grupos: adaptação eficaz, ineficaz leve, ineficaz moderada, ineficaz severa e ineficaz grave. Pacientes com melhor eficácia adaptativa são mais indicados a processos psicoterapêuticos breves, dado que apresentam melhores recursos para a solução de seus problemas.

Escala de Estágios de Mudança (EEM, McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) é uma medida de auto relato, composta por 32 itens, subdivididos em quatro grupos que correspondem aos estágios de pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. A definição do estágio de mudança é dada pela maior pontuação nos itens de um determinado estágio. Para que o indivíduo seja classificado em preparação, é necessário haver pontuações máximas (escore=40) tanto no estágio de contemplação, quanto no de ação. Estudo de precisão e validade da EEM (Yoshida, 2002) apontou consistência interna inferior para pré-contemplação (α=0,56) e contemplação (α=0,57), quando comparada à ação (α=0,82) e manutenção (α=0,77). Quanto à estrutura fatorial, obtida por rotação varimax com normalização Kaiser, apontou-se solução de quatro fatores, compatíveis com a da versão original. Considera-se que a mudança é função de um todo psicológico em que o reconhecimento do problema e a predisposição para enfrentá-lo sejam fatores necessários para que ela possa ocorrer (Yoshida & Enéas, 2013).

Inventário de Aliança de Trabalho (Working Alliance Inventory Short – WAI-S, Tracey & Kokotovic, 1989) é composto por doze itens que objetivam a *avaliação da Aliança Terapêutica (AT),* agrupados em três dimensões: Objetivos – refere-se ao entendimento entre terapeuta e paciente acerca dos objetivos da psicoterapia com a finalidade de promover mudanças; Tarefa – refere-se às atividades desenvolvidas pelo terapeuta e paciente para mobilizar mudanças; e Vínculo – refere-se à ligação entre terapeuta e paciente, que envolve confiança, respeito e comprometimento com a tarefa terapêutica. Os escores brutos das dimensões e o escore bruto total do WAI-S são obtidos pelo somatório dos pontos classificados em uma escala de tipo Likert que varia de 1 a 7, de acordo com a intensidade da afirmativa.

Teste de Apercepção Temática (TAT) é um teste psicológico do tipo projetivo utilizado para revelar as emoções, complexos e conflitos inconscientes. É um valioso recurso para pesquisas e para o estudo da personalidade, interpretação do comportamento, neuroses e psicoses (Brelet-Fourlard & Chabert, 2005).

RESULTADOS

Queixas principais apresentadas pela mãe e pelo paciente

Dificuldade em assumir compromissos na escola e no trabalho. Paciente sofria de constante instabilidade por não conseguir frequentar as aulas e se estabelecer no emprego. Teve episódios de envolvimento com drogas e comportamentos antissociais.

Breve relato do caso

A. era um adolescente que estava prestes a completar 18 anos. Sua mãe estava preocupada com o fato dele não conseguir se estabelecer num emprego por mais de duas

semanas, além de não ter comprometimento com os estudos e ter se envolvido com uma "turma de maconheiros" (sic). A. sentia que tudo perdia sentido rapidamente. Além disso, sentia-se fatalmente condenado a um destino cheio de fracassos, confirmados pelas repetidas reprovações escolares e inconsistência no mercado de trabalho. Os episódios de desistência do emprego e dos estudos se repetiam frequentemente obedecendo o seguinte *script*: duas semanas de comprometimento, adoecimento das vias aéreas, repouso em casa e desistência do trabalho. O paciente começou a atuar o *script* durante a terapia mas o terapeuta interviu incisivamente para quebrar o roteiro. O adolescente reagiu rapidamente à intervenção e mudou seus comportamentos: conseguiu se estabelecer no emprego e voltar a frequentar a escola regularmente.

Processo de psicoterapia

I – 11/03/15: Apresentação das queixas e sua contextualização na escola, no trabalho e no ambiente familiar. Em seguida, foram apresentadas a proposta e objetivos psicoterapêuticos.

II – 17/03/15: Foram trabalhados em sessão os problemas em casa, as acusações de roubo e a importância do cigarro para controlar a raiva e a ansiedade. Esses problemas se mostraram correlacionados à necessidade do paciente em ter a confiança dos outros e ao sentimento de não reconhecimento. Aplicação da EDAO-AR, EEM e da WAI-S. EDAO-AR: pouco adequado (1,88) e setor Pr: pouco adequado (1,0) – Adaptação Ineficaz Moderada. EEM: Estágio de Mudança: Entre a Contemplação (36 pontos) e a Ação (37 pontos), ou seja, Estágio de Preparação. WAI-S: o terapeuta percebia haver uma boa aliança entre eles. No entanto, surpreendeu-se ao ver nas respostas ao inventário que o paciente achava que o terapeuta não gostava dele. Entendemos que isso se devia a transferência.

III – 25/03/15: Aplicação do TAT. O paciente relatou sua dificuldade em torno do descontrole do ódio que foi trabalhado em sessão em prol de sua integração. As principais questões relatadas pelo paciente foram: dificuldade em ter autonomia, dissociação da tristeza decorrente deste problema, medo de ter a mesma vida dos pais, dificuldades em se separar da mãe, autoimagem depreciada, imagem masculina como fraca e ausente e incapacidade de contenção do ódio quando está sozinho. O teste também revelou que havia esperança de resolução do problema.

IV – 10/04/15: Paciente conseguiu emprego numa gráfica e mostrou a insatisfação com a falta de companheirismo dos colegas. Estabeleceu planos financeiros e percebeu a emancipação que o trabalho lhe traz. Queixa-se da implicância dos familiares, que o colocavam na posição de um vagabundo derrotado. Revelou algumas estratégias que elaborou para superar perdas e a tristeza.

V – 22/04/15: Desistência do trabalho. Foi clarificado pelo terapeuta o mecanismo de sustentação do desânimo: dificuldade em se separar da mãe, surgimento de doença

respiratória, busca de refúgio em casa onde se prende aos mimos familiares e perde o sentido de autonomia. Foram aprofundados os problemas da dependência no seio familiar. Conclui-se que apenas a emancipação poderia lhe dar uma vida sustentável. Frente ao movimento regressivo do paciente, foi possível trabalhar a progressão e maturação em direção à autonomia.

Houve um intervalo sem sessões devido a problemas de saúde ora do psicoterapeuta, ora do paciente, que começou a desistir da terapia. O aluno e sua supervisora concordaram da importância em intervir numa convocação para a retomada dos atendimentos e para que o paciente pudesse superar suas resistências e continuasse o processo psicoterápico. Foi necessária uma intervenção para que o movimento regressivo não paralisasse o trabalho que tinha sido realizado até o momento. Esta era uma das questões fundamentais que foram tratadas para propiciar o desenvolvimento do adolescente. As defesas regressivas dificultavam e por vezes paralisavam a evolução da psicoterapia.

VI – 20/05/15: Neste ínterim sem atendimento, o paciente conseguiu emprego em uma loja de animais. Houve uma identificação intensa entre o paciente e o patrão. O chefe passou a ser uma referência masculina para o jovem, tornando-se um importante apoio para seu desenvolvimento psíquico. Foi realizada a devolutiva dos testes psicológicos e a explanação das dificuldades do paciente.

VII – 01/06/15: Nesta sessão foi refeito o contrato de faltas e retomados os objetivos terapêuticos. O paciente se comprometeu a continuar o tratamento. Concluiu-se que a presença do patrão foi fator determinante para as mudanças.

VIII – 17/06/15: Trabalhou-se a integração do ódio, a presença do patrão como figura paterna e de identificação masculina e do trabalho como meio de emancipação. A frequência escolar passou a ser regular e o paciente está mais envolvido com os estudos. Começou a questionar sua imagem corporal, isto é, o quão masculinizado é o seu corpo e o quanto consegue produzir força, potência e firmeza.

Encaminhamento

Durante as férias de julho, o terapeuta entrou em contato para saber se o paciente ainda desejava atendimento. Ele pediu que esperasse para ver se o ciclo realmente foi quebrado e se ele iria voltar a estudar depois das férias e continuar no emprego. Em agosto, o terapeuta entrou em contato novamente. O rapaz disse que precisava testar a si mesmo e pediu mais duas semanas. Após essas semanas, ligou para o terapeuta e disse que agora precisava seguir sozinho. Já se sentia forte o suficiente para honrar seus 18 anos. Agradeceu as consultas e falou que se o ciclo voltasse, entraria em contato novamente. Em novembro de 2015, o paciente ainda continuava no mesmo emprego.

DISCUSSÃO

Por meio da realização desse trabalho foi possível constatar a viabilidade da realização da psicoterapia psicodinâmica breve com o objetivo de possibilitar ou facilitar o desenvolvimento psíquico. No caso relatado foram realizadas oito sessões que finalizaram com o sucesso dos objetivos propostos.

A compreensão psicodinâmica do caso direcionou o foco que foi desenvolvido pelo psicoterapeuta. Esse trabalho está inserido no campo da promoção e prevenção em saúde mental. Em um mundo com mudanças vertiginosamente rápidas esse tipo de trabalho se reveste de relevância. Promover Saúde Mental nos dias atuais é prioridade. Olhar a natureza humana em seu potencial de Saúde abre campos de atuação bastante férteis para o psicólogo. É nosso intuito dar continuidade a essa linha de pesquisa.

REFERÊNCIAS

Brelet-Fourlard, F., & Chabert, C. (2005). *O novo manual do TAT: Abordagem psicanalítica*. São Paulo, SP: Vetor.

Enéas, M. L. E. (2013). Psicoterapias breves: uma apreciação final. In E. M. P. Yoshida & M. L. Enéas (Orgs.), *Psicoterapias psicodinâmicas breves – Propostas atuais* (pp. 293-298). Campinas: Alínea.

Malan, D. H. (1983). *Psicoterapia individual e ciência da psicodinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in Psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20,* 368-375.

Simon, R. (1997). Proposta de redefinição da EDAO (Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada). *Boletim de Psicologia*, *XLVII* (107), 28-37.

Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 207-210.

Winnicott, D. W. (1978). Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos selecionados da pediatra a psicanálise* (pp. 459-481). Rio de Janeiro, RJ: F. Alves.

Winnicott, D. W. (1982). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Yoshida, E. M. P. (2002). Escala de estágio de mudança: Uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF*, *7*(1), 59-66.

Yoshida, E. M. P. (2013). EDAO-AR: Evidências de validade. *Paidéia*, *23*(54), 83-91.

Yoshida, E. M. P., & Enéas, M. L. E. (2013). A proposta do Núcleo de Estudos em Psicoterapia Breve para adultos. In E. M. P. Yoshida & M. L. Enéas (Orgs.), *Psicoterapias psicodinâmicas breves – Propostas atuais* (pp. 223-258). Campinas: Alínea.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

TAR +: Programa de adesão à terapêutica e saúde mental numa I.P.S.S

J. COSTA (*)
R. COSTA (*)
M. EUSÉBIO (*)
J. ROCHA (*)
R. FERNANDES (*)

Associação Positivo é uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), há 22 anos a trabalhar com pessoas que vivem com VIH (PVVS), ela mesma foi criada e é gerida por pessoas também elas a viver com VIH. Presta apoio interpar, psicológico, psiquiátrico, social, jurídico, e conta ainda com atividades socioculturais.

O Projeto TAR +, é Projeto de Promoção de Adesão à Terapêutica Anti-Retroviral (TAR) e Retenção nos Cuidados de Saúde criado pela Associação Positivo. Tem como objectivo estudar e promover a adesão terapêutica e a retenção nos cuidados de saúde ao longo de 12 meses, sendo constituído por 3 momentos. O 1º momento consiste na recolha de dados através de entrevistas e questionários, referentes a informação demográfica, infeção, medicação, adesão terapêutica, crenças face à doença e face à terapêutica, estado de saúde e factores psicológicos. Num 2º momento, de devolução serão propostas algumas acções às pessoas para elas participarem ou encaminhamentos para alguns apoios específicos dentro ou fora da Associação. Por fim, um 3º momento de reavaliação, através de entrevistas e questionários do impacto da iniciativa.

Tem assim um objetivo global que surge da necessidade de gerar dados para se poder compreender mais aprofundadamente a população com quem trabalhamos e adaptar as nossas ofertas de serviços às necessidades encontradas e um objetivo mais individual, poder ser dada a cada participante uma devolução de si através uma avaliação psicológica e do seu nível de adesão à terapêutica. Os objetivos específicos são os seguintes: Avaliar níveis de adesão à terapêutica em PVVS; Avaliar as crenças face à terapêutica anti-retrovírica; Avaliar as dimensões da qualidade de vida em PVVS; Avaliar e compreender a depressão em PVVS; Avaliar a compreender o funcionamento mental das PVVS.

(*) Associação Positivo, Lisboa, Portugal.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 85 PPVS, sendo 58,82% do sexo masculino e 41,18% do sexo feminino, 87,06% dos participantes é caucasiano e 12,94% de etnia negra. A maioria (82,35%) era de nacionalidade portuguesa, com idades estavam compreendidas entre 24 e 69 anos, sendo a idade média de 45,32 anos, com um desvio-padrão de 10,52.Em termos de orientação sexual 63,53% eram heterossexuais, 31,76% homossexuais e 4,71% bissexuais.

A amostra é bastante diversificada em termos de habilitações literárias: 2.35% sem qualquer escolaridade, 11,76% tinham o ensino primário, 11,18% o 2 ciclo, 21,18% o 3º ciclo completo, 34,12% tinham o ensino superior completo e 29,41% o ensino superior. Quanto a ocupação, 46,99% estava empregado, 21,69% desempregado, 20,48% reformado, 9,64% sem qualquer ocupação e apenas 1,20% era estudantes. O estado civil representou-se da seguinte forma, 55,29% era solteiro, 20% divorciado, 12,94% casados, 9,41% em união de fato e 2,35% viúvos.

Material

Todos os instrumentos utilizados estão aferidos para a população portuguesa.

Para avaliar níveis de adesão em PVVS foi utilizado o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Pessoas com Infeção pelo VIH e Sida (CEAT-VIH) (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2009)

Para avaliar as crenças face à terapêutica foi utilizado o Questionário de Crenças Acerca dos Medicamentos, na escala geral e específica (Pereira, Pedras, & Machado, 2013).

Para avaliar as dimensões da qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-HIV-BREF (Vaz-Serra, Canavarro, & Simões, 2006), esta prova permite avaliar a qualidade de vida de acordo com a definição da OMS em seis dimensões: física, psicológica, ambiente, relações sociais, independência e espiritualidade.

Para avaliar e compreender a personalidade depressiva e as dimensões depressivas da personalidade em PVVS foi utilizado o Inventário de Traços Depressivos (ITD) (Campos, 2015). Este inventário permite uma operacionalização psicodinâmica da personalidade depressiva composto por cinco escalas de depressão: essencial, inibida, fracasso, perfeccionista e relacional. Por fim, para avaliar e compreender o funcionamento mental das PVVS foi utilizado a prova projetiva Rorschach.

Procedimento

Foi realizado o primeiro contato através do telefone, estas pessoas eram ou já tinham sido apoiadas nalgum momento pela Associação Positivo. Este contacto foi no sentido de

apresentar o estudo e de convidar as pessoas a participar. Foi verificada a elegibilidade de cada participante, bem como garantida a confidencialidade e o consentimento informado. Depois foram realizadas duas sessões presenciais, com cerca de uma hora cada, para a realização da entrevista e passagem de provas. Por fim, um terceiro encontro em que se dá uma devolução das provas realizadas com possibilidade para realizar alguns encaminhamentos para serviços e apoios da Associação que se verifiquem necessários. Os dados recolhidos são guardados de acordo com as regras da Comissão de Protecção de Dados.

Na análise estatística, para os dados qualitativos, foram obtidos frequências relativas e absolutas, as percentagens foram calculadas com base no total de indevidos sem dados omissos. Para dados quantitativos foram obtidos média, desvio-padrão, mediana, 1º e 3º quartil, mínimo e máximo e número de casos omissos. O software utilizado foi Stata IC version 12 (StataCorp. 2011. StataStatistical Software: Release 12. College Station, TX: StataCorpLp) para Windows. Uma vez que a recolha de dados ainda não terminou, os dados aqui apresentados serão ainda preliminares.

RESULTADOS

Dados de adesão à terapêutica são bastante bons, obtivemos na escala CEAT-VIH, valores de score total com uma média 75,95, com um desvio-padrão de 7,04, um valor mínimo 53, máximo de 86 e uma mediana de 78. Estes valores indicam que a nossa amostra está com valores de adesão no intervalo da Adesão Boa e Regular (de 66,2 a 85,5), valor este assegura a manutenção da carga viral indetectável.

Da análise qualitativa da Escala da Adesão à terapêutica e da Escala das Crenças (desta apenas se fará uma leitura quantitativa) foi possível verificar que sobressaiam vulnerabilidades como sobretudo falta de informação e crenças erróneas acerca da doença e da terapêutica, bem como da possível dependência ou efeitos secundários da terapêutica. Assim, parece que as PVVS aderem à terapêutica por uma questão de sobrevivência mas persistem muitos medos e crenças. Para tentar colmatar as questões aqui encontradas foi realizada uma sessão de formação, num total de 8h. Esta sessão de formação foi um sucesso e foi avaliado os conhecimentos antes e depois da formação e verificou-se haver diferenças ao final de um dia de formação.

Quanto à Qualidade de vida, os valores obtidos encontram-se em percentagens e estão representados no Quadro 1.

Estes dados vão de encontro com os encontrados pelo autor quando aplicou a prova a pessoas doentes (Vaz-Serra et al., 2006).

Quanto ao Inventario de Traços Depressivos (ITD), obteve-se um valor de percentil na escala total do ITD elevado (*MD*=74,2; *M*=61,33; *DP*=32,21). Os valores das escalas do ITD podem ser observados no gráfico da figura 1. Contudo, salienta-se os valores elevados

das medianas, sobretudo no ITD global e nas suas primeiras três escalas, bem como um valor de *DP* muito elevado, a par dos mínimos e máximos com intervalos acentuados. Os resultados do ITD são concomitantes com os dados sugeridos pela literatura, demonstrando indicadores de depressão elevados nas PVVS.

Quadro 1

Valores da qualidade de vida

Qualidade de vida	*Média*	*DP*	Mínimo	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Máximo
Dimensão geral	58,83	30,13	0	50	62,5	75	87,5
Dimensão física	62,17	21,08	18,75	43,75	62,5	81,25	93,75
Dimensão psicológica	58,73	20,35	0	45	65	75	90
Dimensão independência	67,08	20,64	0	56,25	68,75	81,25	100
Dimensão relações sociais	58,36	21,71	0	18,75	56,25	75	100
Dimensão ambiente	57,62	16,34	18,75	46,87	59,37	68,75	100
Dimensão espiritualidade	61,82	22,96	12,5	43,75	62,5	81,25	100

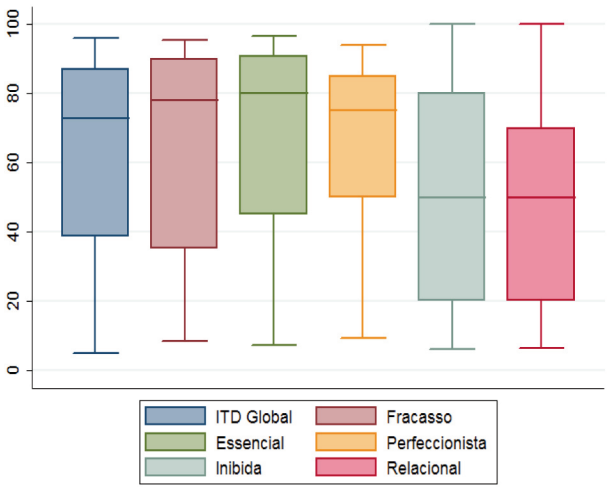


Figura 1. Valores das escalas do ITD

Mais ainda, analisa-se que os valores elevados na escala da depressão essencial remetem para uma dimensão "depressiva", de abatimento geral, ansiosa e pessimista da personalidade depressiva, aproximando-se da conceptualização da perturbação depressiva da personalidade e não da depressão "sintomática" (Campos, 2009; Coimbra, 2007).

Desta forma, pode-se pensar que os resultados apontam para a existência de uma dimensão depressiva da personalidade, esta é constante, composta por diferentes tipos de traços estáveis e por isso poderá ser pensado que será prévia ao diagnóstico de VIH, fazendo muitas vezes precipitar os comportamentos de risco relacionados com a infeção nas suas várias manifestações.

Quanto à análise do funcionamento mental, utilizamos o Rorschach e foram encontrados protocolos maioritariamente na linha de funcionamento borderline (Amaral Dias, 2004), quer na linha mais narcísica ou limite e alguns com funcionamentos psicóticos, quer na linha mais empobrecida com comprometimento do pensamento, quer com coloridos mais delirantes. Na sua maioria protocolos inibidos, sensibilidades ao branco, ao vazio, às simetrias e aos desdobramentos, apelos ao clínico, revestimentos, imagens desvitalizadas, anatomias frequentes, entre outros sinais na linha de uma frágil representação de si. Surge frequentemente dificuldade em aceder ao carácter bi-lateral/relacional dos cartões e mecanismos de defesa mais regressivos.

DISCUSSÃO

Estes dados vão de acordo com os encontrados na literatura (Bottonari, Safran, McQuaid, Hsiao, & Roberts, 2010; Himelhoch et al., 2009; Nel & Kagee, 2011), em que as perturbações psiquiátricas em PVVS são 2 a 3 vezes mais frequentes do que população em geral. Existe uma predisposição para o diagnóstico de depressão em PVVS, sendo esta é a mais prevalente nesta população (Andersen, Kagee, O'Cleirigh, Safren, & Joska, 2015; Luca, Luca, & Calandra, 2012; Sherr, Clucas, Harding, Sibley, & Catalan, 2011).

Mas também nos dizem que as PVVS são muito heterogéneas e que encaram as suas dificuldades de forma muito variada só assim é possível compreender os valores tão extremados e opostos que têm na avaliação que fazem de si e das suas vidas (todas as provas apresentam desvio-padrões muito elevados). Estes resultados também se explicam à luz de uma lógica mais clivada, do tudo ou nada, onde tudo é bom ou tudo é mau e em que a maioria tem bastantes dificuldade em aceder aos sentimentos depressivos.

Assim, reforça-se a política da Associação Positivo, em que numa vertente holística, cada um terá de ser visto como um ser individual e com propostas terapêuticas individuais. Salienta-se como mais-valias de um projecto como este, mesmo para noutras áreas da saúde sendo este um congresso da psicologia da saúde, o sucesso da formação TAR+. Pois este modelo poderá ser utilizado noutras áreas de doença cronica em que a sua manutenção dependa de uma medicação diária.

Como limitações, consideramos que foi facto da amostra clínica ter sido recolhida apenas numa organização de pacientes, justificando assim um número de participantes moderado. Alguns problemas associados ao VIH não foram avaliados (ex., demência associada à infeção VIH).

AGRADECIMENTOS

À Associação Positivo; aos Utentes da Associação Positivo; ao financiamento daGilead Génese; e ao apoio de Janssen e Abbvie.

REFERÊNCIAS

Adams, L. M., Jeffrey, S. B., & Tangney, J. P. (2015). Relation of borderline personality features to pre incarceration HIV risk behaviours of jail inmates: Evidence of gender differences. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (May 25, No pagination specified). doi: 10.10307/per0000124

Amaral Dias, C. (2004). *Costurando as linhas da psicopatologia borderland* (Estados-limite). Lisboa: Climepsi.

Andersen, L., Kagee, A., O'Cleirigh, C., Safren, S., & Joska, J. (2015).Understanding the experience and manifestation of depression in people living with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care, 27*, 59-62. doi: 10.1080/09540121.2014.951306

Bottonari, K., Safran, S., McQuaid, J., Hsiao, C., & Roberts, J. (2010). A longitudinal investigation of the impact of life stress on HIV treatment adherence. *Journal of Behavioral Medicine , 33*, 486-495. doi: 10.1007/s10865-010-9273-9

Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.

Coimbra de Matos, A. (2007). *A depressão*: Lisboa: Climepsi.

Himelhoch, S., Josephs, J., Chander, G.,Korthuis, P., Gebo, K., & the HIV Research Network. (2009). Use of outpatient mental health services and psychotropic medications among HIV-infected patients in a multisite. Multistate study. *General Hospital Psychiatry*, *31*, 538-545. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2009.05.009

Luca, M., Luca, A., & Calandra, C. (2012). Borderline personality disorder and depression: An update. *The Psychiatric Quartely, 83*, 281-292. doi: 10.1007/s11126-011-9198-7

Nel, A., & Kagee, A. (2011).Common mental health problems and antiretroviral therapy adherence. *AIDS Care, 23*, 1360-1365. doi: 10.1080/09540121.2011.565025

Pereira, M. G., Pedras, S., & Machado, J. C. (2013) Validação do questionário crenças acerca da medicação em pacientes diabéticos, tipo 2. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*, 229-236.

Reis, A., Lencastre, L., Guerra, M., & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti retrovírico – VIH (CEAT). *Psicologia, Saúde & Doenças, 10*, 175-191.

Sherr, L., Clucas, C., Harding, R., Sibley, E., & Catalan, J. (2011). HIV and depression – A systematic review on interventions. *Psychology, Health & Medicine, 16*, 493-527. doi:10.1080/13548506.2011.579990

Vaz-Serra, A., Canavarro, M. C., & Simões, M. R (2006). Estudos psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*(2), 31-40.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

O saber escapa: Escuta às singularidades do risco ocupacional com materiais perfurocortantes

JAILMA BELARMINO SOUTO (*)
EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR (*)
NAYARA LEITE DE QUEIROZ SÁTIRO (*)

A manutenção de condutas inadequadas e a não execução das normas de segurança por profissionais que trabalham em serviços de saúde expostos a riscos ocupacionais representa um quadro de considerável aumento do risco de infecções cruzadas no ambiente de trabalho. Destarte, o conhecimento dos profissionais sobre as normas e os riscos aos quais eles podem estar expostos, especialmente pelo não cumprimento das medidas esperadas, tem contribuído para aumentar o índice de infecções, resultando numa assistência de baixa qualidade (Moura et al., 2011).

Alerta-se para o grupo de profissionais expostos a riscos ocupacionais em saúde o cumprimento de medidas de biossegurança. A área da biossegurança, por sua vez, busca promover reflexões dos profissionais acerca dos riscos e suscetibilidades à contração de doenças advindas de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais (Valle et al., 2008).

Em vista do não cumprimento das normas previstas de biossegurança e da consequente contaminação por doenças como a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e outras patologias que englobam a classe infectocontagiosa (sífilis, hepatites B e C), vale salientar as questões de ordem psíquica que ganham contornos diferenciados entre os sujeitos que se deparam com o paradoxo de um *não saber* sobre os descuidos cometidos na sua prática profissional diária, em face de todo um conjunto de cuidados previamente elaborados que buscam a manutenção da segurança laboral.

A propagação da AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), doença infectocontagiosa causada pelo vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), sempre foi, desde os primeiros casos, demarcada por muitos estigmas e preconceitos, criados e fortalecidos por grande parte da população. Atualmente, muitas pessoas, apesar das campanhas educativas estabelecidas pelo governo, continuam a contraí-la, e muitas dessas contaminações têm decorrido de acidentes de trabalho, com sangue ou outros fluidos potencialmente infectados, o que vem a ser bastante preocupante.

(*) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

Após mais de duas décadas de enfrentamento da epidemia, a AIDS, conforme assinala Dias (2005), continua a se apresentar como um grave problema de saúde pública, com grandes repercussões sociais, políticas, econômicas, culturais e psicológicas que findam por lhe conferir o estatuto de "fenômeno" da cultura contemporânea e de "fantasma" no laço social.

Assemelhando-se a AIDS, a ocorrência da sífilis e das Hepatites B e C tomam sujeitos no seu cotidiano, marcando-os com o diagnóstico no contexto social, conduzindo-os ao luto imposto através dos limites que tais acometimentos lhes conferem. Diante da confirmação de um diagnóstico positivo o sujeito depara-se com a falta existencial, assinalada, sobretudo, com a marca da finitude da vida. Tal questão é vivenciada por cada sujeito de uma forma particular. É, então, levando-se em consideração o sujeito ímpar em sua subjetividade, que a clínica psicanalítica, acolhendo a demanda deste, dispõe-se, através da Escuta Psicanalítica pautada nos princípios norteadores da associação livre de palavras e do desejo do analista, a promover suporte ao sujeito para favorecer a elaboração de suas questões.

Frente ao desamparo profissional de não saber como lidar com essa complexidade, o acolhimento e/ou escuta psicanalítica apresenta-se como suporte, no que concerne à elaboração do luto frente aos limites impostos pelos riscos advindos da contaminação na situação de trabalho. Assim, o presente trabalho teve por objectivo investigar as particularidades do risco de contaminação em profissionais da área de saúde que trabalham com materiais perfurocortantes e a atenção aos cuidados dispensados pelos mesmos diante de tal risco.

MÉTODO

O estudo apresenta metodologia do tipo qualitativa-intervencionista, observando-se os pressupostos teóricos e metodológicos da teoria psicanalítica.

Participantes

Participaram 30 profissionais, com idades entre 20 e 60 anos, vinculados ao projeto de pesquisa e extensão: "Acolhimento psicológico aos profissionais de saúde em risco ocupacional com material perfurocortante". Grande parte dos participantes era do sexo feminino (75%) e uma minoria relatou ser casada (30%). O projeto é desenvolvido junto à Universidade Estadual da Paraíba, localizada na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Procedimentos

O levantamento dos dados da pesquisa se deu através da realização de três encontros em grupo, realizados com o auxílio de dinâmicas de grupo, ou seja, atividades que buscaram

estimular a interação dos participantes nos debates e discussões. Como recursos a essas dinâmicas, foram utilizadas dinâmicas de apresentação de grupo, e de forma mais específica, utilizadas a distribuição de perguntas em caixas e balões, a fim de iniciar as discussões no grupo. Os encontros foram gravados e posteriormente transcritos para realização das análises. Em consideração aos pressupostos teóricos da psicanálise, valorizaram-se as singularidades das produções que se fizeram no ambiente de grupo. Afirma-se, então, a atuação da prática do tipo intervencionista, aqui particularizada, sustentada na ética e no compromisso de acompanhamento junto à demanda usuária do projeto pautada no processo de Escuta Psicanalítica.

Análise dos dados

A análise dos dados se deu a partir da análise de discurso, pautada na observação da repetição significante. Segundo essa perspectiva, a trança do sentido remete ao percurso do sujeito que se constitui como significante através do seu próprio discurso, e nesse meio são consideradas as suas ancoragens, desvios, insistências, repetições, escapes, ou seja, através da repetição significante, em sua versão semântica e sintática (Gaspard et al., 2010). Ademais, ressalta-se que na perspectiva da pesquisa em psicanálise não há exatidão, mas sim manifestações singulares que se fazem presentes na cadeia de significantes que se repetem, nos ditos e não ditos que se desvelam (Calazans & Serpa, 2010).

Os discursos foram considerados, conforme apontam Gaspard e colaboradores (2010), como aquilo que faz corpo, e, portanto, o que se forma enquanto *unidade* e diz *sentido* de algo. Trata-se de considerar, segundo acepção de Lacan (1998), a presença do inconsciente como mensagem invertida, desde o Outro, até o sujeito, um discurso em que se (des)velam os conteúdos do inconsciente, de um não saber do sujeito.

RESULTADOS

Em contato com os participantes do grupo foi objetivado proporcionar um espaço de escuta, deixando aberta a possibilidade para o sujeito expressar suas falas sobre o risco que o acomete no cotidiano do seu trabalho, bem como falar das angústias que advém de tal situação.

Dos (des)cuidados que produzem riscos e que se expressam no discursos das (des)responsabilizações

As falas em grupo, tomadas pela singularidade que portam como mensagens do sujeito endereçadas a alguém (Lacan, 1958) (no caso os facilitadores e demais participantes dos encontros propostos) revelaram que o cotidiano de trabalho com materiais perfurocortantes

é permeado por riscos, muitos dos quais passam (des)percebidos. Apenas em instantes particulares, quando são chamados a atenção sobre as medidas de prevenção (advindas do saber da biossegurança evocado por parte de supervisores), os profissionais relatam atentarem para o que chamam de (des)cuido, um ato que gera, segundo relatos dos mesmos, sentimentos de aflição.

A respeito desse ato de (des)cuido, no contexto de trabalho com risco ocupacional, Moura e colaboradores (2011) discutem que a percepção por parte dos profissionais de saúde acerca da relação existente entre a ocorrência tanto de acidentes ocupacionais como de infecções cruzadas (como atitudes e comportamentos adotados durante a prática) devem ser avaliadas enquanto fenômeno social, no berço das produções subjetivas que permeiam a construção de práticas indevidas e arriscadas de trabalho.

Cabe aqui ressaltar que a categoria "risco" é tomada na contemporaneidade pela dimensão probabilística da estatística sendo entendida como categoria calculável, relegada muitas vezes a um plano secundário que descarta culpas pessoais e as atitudes individuais envolvidas. Nesse sentido, é possível entender as dificuldades enfrentadas pelo sujeito em aceitar correr riscos, uma vez que este tende a se opor à transferência como saber suposto, demandando soluções e garantias do Outro, um Outro que sabe e que pode garantir a solução do problema (Harari, 2008).

Ao que Lacan questionava se o doente pede cura, visa aí o aspecto da responsabilidade (ou não) do sujeito perante o sofrimento do qual este se queixa. Pertencer a uma classe, ainda que seja mórbida, isenta-o da subjetividade, ou responsabilidade, pela qual passaria a pagar um preço (Harari, 2008). Partindo dessa compreensão, questionava-se os participantes sobre a parte que lhes correspondia em meio a presença de (des)cuidos constantes, fato que na repetição deste significante (anunciando a castração de um saber que escapava na prática de suas atividades) localizava-se a (des)responsabilização, justificada pela força das circunstâncias, em função da pressa, do automatismo de algumas práticas ou mesmo pela descrença de que algum acidente pudesse ocorrer. Isso nos faz pensar na promulgação de uma ideia de causalidade, que se expressa como algo incontrolável no decorrer de suas práticas.

Ao tratar da questão da causalidade (ao que lemos no trabalho em grupo como um discurso coletivo de alguns participantes em que apresentavam justificativas por vias das circunstâncias desfavoráveis experienciadas no cotidiano da sua prática), Lacan (1998), ressalta o caráter paradoxal que portam as concepções de causalidade e imperativo. A causa seria, então, entendida no sentido objetivo como sinônimo de desresponsabilização. Assim, ao passo em que uma ação ocorre em dependência de um fator anterior, o sujeito diria se comportar de certa maneira, como se concluísse que não teve qualquer escolha. Se não houve escolha, o indivíduo não pode ser responsabilizado pelo que fez (ou não fez). O imperativo, por outro lado, alude uma regra de ação, implica responsabilização (essa concepção se aproxima às concepções e preceitos elucidados pela biossegurança em que os participantes a nomeiam como um orientador das normas e práticas a serem desenvolvidas). Assim, só faz sentido estipular uma regra se estivermos lidando com sujeitos capazes de escolher. A regra só pode se dirigir a um sujeito em que estão facultadas

possibilidades de ação. A regra deve ser seguida, o que não significa, segundo essa perspectiva, de que ela será de fato seguida, já que a regra pode não ser seguida (Lustoza, 2008).

Os desafios do contato com o outro/paciente: do discurso da biossegurança ao discurso do sujeito

As intervenções propostas no grupo buscaram alcançar produções em que cada sujeito pudesse implicar sua fala em contato com a temática do risco ocupacional, de modo a poder dar um outro lugar ao tema do risco, além do privilegiado lugar do saber, que os mesmos demonstravam escapar por vezes em suas ações. Tratou-se de momentos cruciais nas tessituras dos discursos que iam tomando novas formas, de modo a furarem a dominante forma de saber representada no "*deve ou não deve*" fazer, para, além disso, apontarem as possíveis reflexões que emergem de suas falas (des)veladas. Assim, buscou-se estabelecer no trabalho de escuta às falas produzidas, conforme elucidado por Gaspard e colaboradores (2010), a captação da espontaneidade da fala, da realidade da linguagem e o real de seus agentes.

Ao falarem singularmente sobre suas concepções sobre o risco, cada sujeito pode colocar em questão os sentimentos e representações que evidenciam a fragilidade da condição humana, suscetível a erros, a equívocos e a deslizes que podem configurar situações traumáticas. Nesse ponto, foi citada principalmente a possibilidade de contaminação de doenças como a AIDS, sífilis, Hepatites B e C.

Semelhantes a tais relatos, Moura e colaboradores (2011) descrevem a presença constante de risco mediante a ação de trabalhos invasivos, explicando que os profissionais estão cientes do grande risco de contrair a hepatite B e C e até mesmo HIV, em vista que a maioria dos instrumentos utilizados é perfurocortante, oferecendo um alto risco de contaminação.

Em face das percepções sobre a condição da fragilidade humana, discute-se o impacto causado pela emergência do sentimento de luto iminente aos limites que se anunciam frente ao risco de contaminação. Villela (2013) explica o aviso do HIV como uma notícia convulsionária. Trata-se de um lugar de impacto experimentado pelo sujeito que ao mesmo tempo se apresenta como um lugar de nada, de excesso e que opera mudanças estruturais de grande porte. Comparado a um *chamamento da morte*, o possível diagnóstico a essa enfermidade produz, segundo a referida autora, uma espécie de possessão corporal e instala uma anatomia fantasmagórica – o portador do HIV cristaliza a sua existência numa nova categoria: a de aidético.

Andrade (2009) elucida que a AIDS é um significante pesado, carregado em si por uma herança milenar de doenças letais. Esse significate que gera repulsa e afugenta é também um significante de culpa, de vergonha de punição, de evitação de morte. Percebe-se, a partir de tais constatações, que a realidade do profissional que convive com a eminência do risco de contaminação não é fácil. No entanto, entram em cena as formas de cuidado e proteção

dispensadas, bem como seus valores e identificações diante de tal problemática. Questiona-se a partir disso, sobre quais as formas em que o sujeito realmente responde em se considerando o (in)evitável risco ocupacional. Essa é uma pergunta que os próprios profissionais demonstram dificuldade para responderem, de modo que entra em jogo a sua responsabilidade de assumir o risco por suas (des)responsabilidades, de um ato que envolve não apenas um risco pessoal (contra condição própria de vida), como também, e principalmente eticamente falando, pode ocasionar a contaminação de pacientes.

DISCUSSÃO

Através de tramas singulares de discursos, em que foi expresso um pouco do sofrimento que acomete ao profissional em risco ocupacional com perfurocortantes, de suas angústias por sentir a sua própria fragilidade e ao mesmo tempo de poder expressá-la; o grupo prosseguiu apontando narrativas que são veladas no cotidiano de suas práticas. Ao passo que os participantes consideraram os pressupostos trazidos pelas diretrizes da biossegurança, puderam ir um pouco além desse discurso, localizando-se no contexto das responsabilidades necessárias à efetividade dos cuidados laborais.

Considera-se a necessidade de aberturas de espaços de escuta às singularidades dos profissionais em risco ocupacional, como forma de elaboração das dificuldades em manter estratégias de autocuidado, assim como pela problematização e ressignificação de suas práticas cotidianas.

REFERÊNCIAS

Andrade, L. F. G. (2009). *A linha e o ponto: O caminho desde Freud*. João Pessoa: Ideia.

Calazans, R., & Serpa, T. (2010). Psicanálise e método científico: pesquisa de campo. In F. K. Neto & J. O. Moreira (Orgs.), *Pesquisa em psicanálise: Transmissão na universidade* (pp. 81-98). Barbacena, MG: EdUEMG.

Dias, E. C. (2005). Entre o desejo e o risco: O que a psicanálise tem a dizer sobre a vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV/AIDS. Retirado de http://clipp.org.br/biblioteca-artigos_34.php

Gaspard, J.-L., Silva Júnior, N., Dunker, C. I. L., Assadi, T. C., & Doucet, C. (2010). Psicanálise e análise de discurso: Elementos para uma investigação clínica futura. *A peste, 2*, 361-378.

Harari, A. (2008). *Fundamentos da prática lacaniana: Risco e corpo* (Tese de Doutoramento). Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lacan, J. (1958). *La direction de la cure et les príncipes de son pouvoir.* Paris: Édition du Seuil.

Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade. In J. Lacan (Ed.), *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lustoza, R. Z. (2008). Uma causa que inclui um sujeito: A originalidade da causa em psicanálise. *Psyche, 12*, 1-10.

Moura, L. K. B., Moura, M. E. B., Sousa, C. M. M., Mesquita, G. V., Tapety, F. I., & Araújo, T. M. E. (2011). O conhecimento cotidiano do risco ocupacional. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, 4*, 31-38.

Valle, A. R. M. C., Feitosa, M. B. F., Araújo, V. M. D., Moura, M. E. B., Santos, A. M. R., & Monteiro, C. F. S. (2008). Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12*, 304-309.

Villela, A. B. (2013). A atualidade da psicanálise: Do HIV à escuta pulsional. *Cadernos de Psicanálise – CRPJ*, *35*, 77-87.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas: Um estudo em centros de convívio

JOANA MAIA (*)
TERESA MEDEIROS (*)

Com o aumento demográfico mundial da população idosa, incorrem inúmeros desafios para a sociedade moderna, tanto a nível político, social, institucional, como familiar e pessoal, pelo que surge a necessidade de desenvolver políticas, programas e serviços comunitários de qualidade que facultem resposta a tais desafios (Medeiros, 2013; Medeiros & Melo, 2015), para o desejado envelhecimento ativo. A proporção de pessoas idosas em Portugal aumentou de 18,3% em 2009, para 20,3% em 2014, da população residente total (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Em 2001 o índice de envelhecimento era de 101,6, sendo que ocorreu um aumento para 141% desde então (cf. Instituto Nacional de Estatística, 2015). Curiosamente, apesar do alto índice de envelhecimento de Portugal, a Região Autónoma dos Açores é a região portuguesa que apresenta o índice de envelhecimento mais baixo (78,6) (Instituto Nacional de Estatística, 2015).

Apesar da longevidade ser considerada uma conquista do século XXI, muitas vezes ela vem associada a questões de fragilidade física e neuropsicológica (Camarano, Pasinato, & Lemos, 2007). Estas questões colocam desafios ao nível do equilíbrio económico e sustentabilidade da população, para a imprescindibilidade do envelhecimento com dignidade, qualidade de vida, saúde, bem-estar psicológico, satisfação, autonomia, segurança e participação cívica até ao fim do ciclo vital (Medeiros, 2013).

Com efeito, desde os finais do século passado que a pessoa idosa é vista como um fardo para a sociedade moderna (Squire, 2005; Zimerman, 2000). Faleiros (2009, p. 64), a este propósito, refere "no contexto da modernidade, a categoria dominante para classificar as pessoas de maior idade é referenciá-las à ausência do trabalho em suas vidas (reformados) e colocá-las como não produtivas (…)". Tal como afirmaram Squire (2005) e Medeiros (2013), socialmente é atribuindo um "valor comercial" à pessoa e à sua capacidade de contribuir para o estado providência, o que dificulta a aceitação da idade, colocando a pessoa idosa como um "peso económico" para os mais jovens e economicamente ativos, o que não corresponde à realidade e, ao invés, espelha os inúmeros estereótipos sobre a velhice e o envelhecimento. Na desconstrução dos estereótipos surgem como respostas

(*) Universidade dos Açores, Portugal.

comunitárias às necessidades das pessoas idosas, e da velhice, as instituições privadas de solidariedade social (IPSS), os programas universitários para estudantes seniores, as universidades e academias seniores, os centros de dia e os centros de convívio. Estes locais, apesar das suas diferenças, têm como objetivos comuns a integração social da pessoa idosa na comunidade e na família, potenciando a estimulação sociocognitiva, de modo a garantir o bem-estar e prevenir a solidão e isolamento (Cardoso & Costa, 2006), e permitir a promoção da saúde.

Este estudo teve como objetivos: (i) avaliar o nível de bem-estar psicológico e de satisfação com a vida nas pessoas que frequentam os Centros de Convívio, destinados a pessoas adultas e idosas, no concelho de Ponta Delgada, ilha de S. Miguel (Açores); (ii) analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; e (iii) verificar a influência que a frequência e a satisfação com o Centro de Convívio têm sobre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

MÉTODO

O presente estudo foca-se nas pessoas adultas e idosas que frequentam durante o dia Centros de Convívios comunitários destinados a esta população, no concelho de Ponta Delgada, e no papel destes na promoção do bem-estar psicológico e na satisfação com a vida dos seus utentes.

Delinearam-se as seguintes hipóteses: (H_1) o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida diferem de acordo com a variáveis sociodemográficas; (H_2) o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida apresentam uma relação positiva; (H_3) a satisfação com a frequência no centro de convívio tem relação com o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida.

A investigação consistiu num estudo exploratório e correlacional, de carater quantitativo.

Amostra

A amostra é composta por 30 participantes, com idades compreendidas entre os 52 e os 95 anos, de três Centros de Convívio para pessoas adultas e idosas, do concelho de Ponta Delgada. A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (86,7%), sendo que a maioria dos participantes apresenta idades superiores aos 70 anos de idade; apenas 26,3% da amostra se situa no intervalo etário entre 52 e 64 anos, sobretudo pessoas com perturbações emocionais ou com graves carências sociais e que, por esse motivo, ficam inseridas socio e emocionalmente.

Instrumentos

Para a recolha de dados desta investigação foram utilizados três instrumentos principais: (i) Questionário de Caracterização Sociodemográfica, construído para a investigação (com 2 agrupamentos de variáveis: biográficas e frequência do centro de convívio); (ii) a Escala de Satisfação com a Vida e (iii) as Escala de Bem-Estar Psicológico.

Assim, utilizámos a Escala da Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale* – SWLS), desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), e traduzida e validada para a população portuguesa por Laranjeira (2009), tendo apresentado um alfa de Cronbach de 0,89. A versão da escala adaptada para a população portuguesa é composta por cinco itens, com escala tipo *Likert*, com 5 posições gradativas, desde 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito).

Para medir o Bem-Estar Psicológico, aplicámos as Escalas do Bem-Estar Psicológico (EBEP), baseadas no modelo de Ryff (1989), traduzidas e validadas para a população portuguesa por Ferreira e Simões (1999). As EBEP correspondem às seis dimensões constituintes do constructo do bem-estar psicológico, nomeadamente: aceitação pessoal (AP), a autonomia (AU), as relações positivas com os outros (RP), o crescimento pessoal (CP), o sentido de vida (SV), e o domínio do ambiente (DA). Destas, excluímos a Escala da Autonomia, por dois motivos: a verificação da autonomia dos participantes e a necessidade de redução deste instrumento (muito longo), em face das limitações dos participantes. A versão utilizada apresentou uma consistência interna (valor de alfa de *Cronbach*) de 0,9, o que se afigurou com muitas boas propriedades psicométricas para avaliar o constructo de bem-estar psicológico.

Procedimentos

Após a seleção dos centros de convívio, as instituições foram contatadas e as respetivas autorizações obtidas para aplicação dos instrumentos. Estes foram de autopreenchimento (nos casos em que de todo tal foi impossível foram lidos os itens), tendo sido preenchidos em períodos de tempo de sensivelmente 90 minutos, durante os meses de junho e julho de 2014. A todos os participantes foram explicados os objetivos e aplicado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram processados utilizando o programa SPSS (*Statistical package for social sciences*), versão 21. Procedeu-se à descrição estatística e correlacional das variáveis em estudo e análise inferencial dos dados. Recorreu-se, para tal, a testes de comparação entre médias (teste T de *Student* para amostras independentes; teste de Mann-Whitney e teste Kruskall-Wallis) e testes correlacionais (*r* de Pearson e ró de Spearman), em função da verificação da normalidade da amostra.

RESULTADOS

A amostra, em média, apresenta níveis de bem-estar psicológico e de satisfação com a vida superiores ao valor médio de ambas as escalas (196 para a EBEP e 15 para a SWLS) (cf. Quadro 1). Isto aponta para níveis positivos de bem-estar psicológico e satisfação com a vida, o que só por si enaltece a resposta dos centros de convívio como uma boa resposta comunitária para o envelhecimento populacional e para a promoção da saúde.

Quadro 1

Descrição estatística das variáveis

	Média	*DP*	Mínimo	Máximo
EBEP	227	36,8	145	295
Aceitação Pessoal	54	10,6	35	72
Relações positivas com os outros	51	9,8	33	67
Crescimento Pessoal	52	10,6	25	72
Sentido de Vida	48	9,5	25	66
Satisfação com a vida	17	3,7	8	25

Testando a hipótese 1 (*o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida diferem de acordo com a variáveis sociodemográficas*), e conforme o quadro 2, observa-se que existem diferenças significativas ao nível das variáveis do bem-estar psicológico, para o sexo e para o estado civil.

Quadro 2

Teste de comparação entre médias para a hipótese 1

	Bem-Estar Psicológico					
	Geral	AP	RP	CP	SV	Satisf. c. Vida
Sexo						17,3
Média						
Fem.	229,1	53,5	52,7	53,1	30,3	17,1
Masc.	216,8	54,3	40,5	47,3	29,3	
Valor de teste	-0,62	0,12	-2,52	0,20	-0,27	0,09
p	0,54	0,90	**0,02**	0,84	0,79	0,93
Faixa Etária						
Valor de teste	1,53	1,44	0,34	1,39	0,63	0,91
p	0,68	0,25	0,79	0,71	0,60	0,82
Estado Civil						
Valor de teste	4,65	2,50	2,28	8,44	9,98	2,17
P	**0,02**	0,29	0,12	**0,00**	**0,01**	0,13

Assim, existem diferenças significativas entre os sexos para a dimensão relações positivas com os outros, em que a tendência aponta para médias mais altas para o sexo feminino (*M*=52,7), do que para o masculino (*M*=40,5). Quanto ao estado civil, observaram-se diferenças estatisticamente significativas para a variável bem-estar psicológico geral (*r*=4,65; *p*=0,02), e para as dimensões crescimento pessoal (*r*=8,44; *p*=0,00) e sentido de vida (*r*=9,98; *p*=0,01).

Testando então, a hipótese 2 (*o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida apresentam uma relação positiva*), confirma-se esta hipótese. Observa-se que o bem-estar psicológico relaciona-se positivamente, em grau moderado de intensidade, com a satisfação com a vida (*r*=0,66; *p*=0,00), sendo que a satisfação com a vida relaciona-se com as dimensões do bem-estar psicológico em estudo, e que a relação mais forte existe ao nível do sentido da vida (*r*=0,65, *p*=0,00) (cf. Quadro 3).

Quadro 3

Teste de correlação r de Pearson para a hipótese 2

	Bem-Estar Psicológico				
Satisfação com a vida	Geral	AP	RP	CP	SV
r de Pearson	,66	,64	,47	,48	,65
p	**,000**	**,000**	**,009**	**,008**	**,000**

Passando então à hipótese 3 referente à frequência no centro de convívio (*a satisfação com a frequência no centro de convívio influencia o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida*), através do teste Ró de Spearman, observa-se que existe relação entre o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida e a satisfação com o centro de convívio. Analisando o Quadro 4, verifica-se que esta relação ocorre especificamente entre a dimensão aceitação pessoal e a satisfação com o centro de convívio (*r*=0,37; *p*=0,04), e entre a satisfação com a vida e a satisfação com o centro de convívio (*r*=0,393; *p*=0,03).

Quadro 4

Teste de correlação ró de Spearman hipótese 3

	Bem-Estar Psicológico					
Satisfação com o centro de convívio	Geral	AP	RP	CP	SV	Satisfação vida
ró de Spearman	,313	,370	,175	,273	,307	,393
p	,092	,**044**	,355	,145	,098	,**032**

Estes resultados confirmam a hipótese 3, visto que se observa uma relação positiva, embora de baixa intensidade, ou seja, a aceitação pessoal e a satisfação com a vida melhoram com a satisfação com o centro de convívio.

DISCUSSÃO

Este estudo cumpriu os seus objetivos, tendo apresentado relações estatisticamente significativas entre: (i) o bem-estar psicológico, o sexo e o estado civil; (ii) o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida; (iii) a satisfação com o centro de convívio e a aceitação pessoal e satisfação com a vida.

Vários autores (Melo, 2014; Pereira, 2012; Pereira & Medeiros, 2013; Ryff, 1989) não têm verificado concordância nos resultados ao nível das relações entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida. Em concordância com os nossos resultados, Pereira (2012), observou relações ao nível do estado civil, contudo não encontrou as mesmas relações na variável sexo. No entanto, Melo (2014) e Novo (2000) não encontraram as mesmas relações com as variáveis sociodemográficas que encontramos neste estudo, o que mostra a não existência de concordância entre os resultados dos diferentes estudos ao nível das variáveis sociodemográficas na sua relação com o bem-estar psicológico e com a satisfação com a vida.

Quanto à relação identificada entre a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico, ela está de acordo com os resultados esperados. Já Pereira (2012) havia identificado a mesma relação e Ryff (1989) refere que a satisfação com a vida é um dos pilares do bem-estar.

No que respeita ao papel dos centros de convívio no bem-estar psicológico e satisfação com a vida, Malveira (2015), Maia (2015), Pavão (2013) e Cardoso e Costa (2006), encontraram resultados semelhantes. Malveira (2015) observou que as pessoas que frequentavam a *aldeia-lar* apresentavam níveis mais altos de qualidade de vida e satisfação do que as que frequentavam centros de convívio e lares, sendo que, os que frequentavam centros de convívio apresentavam, por sua vez, níveis mais altos de bem-estar do que as pessoas idosas que residiam em lares de longa permanência. Maia (2015) verificou que os principais motivos de procura do centro de convívio consistem na busca de convívio e companhia, como resposta a sentimentos de solidão. Ainda Cardoso e Costa (2006) e Maia (2015) confirmaram que os centros de convívio desempenham um papel significativo na integração social das pessoas idosas na comunidade, além de que aquelas nestas condições de frequência de centro de convívio reportaram sentirem fortes níveis de sentimento de pertença para com a instituição.

Conclui-se que os Centros de Convívio desempenham um papel importante para a promoção do bem-estar das pessoas adultas e idosas, associado ao valor do contexto social e físico do local, onde a integração na instituição é facilitada quando é permitida a liberdade

e o respeito pela identidade e o contacto com o meio envolvente, tal como já disseram Pavão (2013), Maia (2015), Medeiros e Maia (2015) e Malveira (2015).

Em suma, os resultados demonstraram uma relação entre a satisfação com o centro de convívio e a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico. Assim sendo, os Centros de Convívio surgem como uma resposta efetiva de promoção da saúde que atuam contra a solidão e isolamento dos adultos em idade avançada, de tal forma que devem ser instituições apoiadas ao nível dos recursos económicos e humanos especializados, de modo a ultrapassarem dificuldades e personalizarem as suas respostas caso a caso.

REFERÊNCIAS

Camarano, A., Pasinato, M., & Lemos, V. (2007). Cuidados de longa duração para a população idosa: Uma questão de gênero? In A. Neri (Ed.), *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar* (pp. 127-149). Campinas: Editora Alínea.

Cardoso, A., & Costa, L. (2006). Velhice e exclusão social: Um estudo no centro de convívio e apoio à terceira idade do Tortosendo. *Psychológica*, *42*(1), 89-114.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75.

Faleiro, V. (2009). Envelhecimento no Brasil: Desafios e compromissos. In A. Santos, A. Castro, M. Veras, D. Lopes, A. Neri, D. Goldfarb, F. Andrade, I. Günther, R. Azzi & R. Lopes (Org.), *Envelhecimento e subjetividades: Desafios para uma cultura de compromisso social* (pp. 63-77). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2; pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estatísticas Demográficas – 2014.* Estatísticas oficiais. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health e Medicine*, *14*(2), 220-226.

Maia, J. (2015). *Bem-estar psicológico e satisfação com a vida em pessoas adultas e idosas.* Tese de Mestrado, Ponta Delgada: Universidade dos Açores.

Malveira, J. (2015). *O modelo Alcalar: Vantagens de um paradigma residencial comunitário para idosos.* Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade do Algarve, Portugal.

Medeiros, T. (2013). Desafios do(s) envelhecimento(s). In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Miúdo, & A. Fialho (Coords.), *Envelhecer e conviver* (pp. 29-46). *Coleção Psicologia e Educação, 2.* Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Medeiros, T., & Melo, C. (2015). Saúde e qualidade de vida em pessoas idosas. In A. L. de Oliveira & Q. P. Kamimura (Orgs.), *Saúde, qualidade de vida e desenvolvimento* (pp.181-197). Taubaté: Editora da UNITAU.

Medeiros, T., Ribeiro, C., Miúdo, B., & Fialho, A. (2013). *Envelhecer e conviver*. *Coleção Psicologia e Educação*, *2.* Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Melo, C. (2014). *Bem-estar psicológico e qualidade de vida em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado, Ponta Delgada: Universidade dos Açores, Portugal.

Novo, R. (2000). *Para além da eudaimonia – O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Dissertação de Doutoramento – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Pereira, C. (2012). *Envelhecimento e bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar: Um estudo nas ilhas das Flores e Corvo*. Ponta Delgada: Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores.

Pereira, C. da S., & Medeiros, T. (2013). Bem-estar psicológico em adultos em idade avançada residentes em lar. In T. Medeiros, C. Ribeiro, B. Pimentel Miúdo, & A. Fialho (Coords.), *Envelhecer e conviver* (Cap. 15, pp. 223-246). *Coleção Psicologia e Educação, 2.* Ponta Delgada: Letras Lavadas Edições.

Pavão, S. (2013). *A Identidade com o lugar de pessoas idosas institucionalizadas: Um estudo exploratório realizado em dois lares da ilha Terceira (Açores).* Angra do Heroísmo: Dissertação de Mestrado – Universidade dos Açores.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*, *57*(6), 1069-1081.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática.* Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais.* Porto Alegre: Artmed Editora.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Percursos conducentes à interrupção voluntária da gravidez: Desafios inerentes às especificidades desenvolvimentais

JOANA PEREIRA (*)
RAQUEL PIRES (**)
MARIA CRISTINA CANAVARRO (*)

Portugal é o país Europeu no qual a interrupção voluntária da gravidez (IVG) foi mais recentemente legalizada, sendo possível até às 10 semanas de gestação (Assembleia da República [AR], 2007). Atualmente, sabemos que cerca de 15% do número total de gravidezes terminam com a IVG (PORDATA, 2014), sendo 11% do total de IVG (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015) realizadas por adolescentes (<20 anos, Organização Mundial da Saúde [OMS], 1975). No entanto, o conhecimento sobre o perfil sociodemográfico e clínico destas mulheres é escasso. Acresce que, apesar dos vastos estudos internacionais levados a cabo com vista ao esclarecimento das características sociodemográficas, da história de saúde sexual e reprodutiva e dos contextos relacionais das mulheres que optam pela IVG (Bankole, Singh, & Haas, 1999), os resultados não têm sido consistentes. Tal facto pode dever-se, em primeiro lugar, à diversidade dos contextos socioculturais em que esses estudos têm sido realizados. Por outro lado, a maioria destes estudos tem vindo a considerar as mulheres que realizam uma IVG como um grupo homogéneo, opção metodológica que não tem permitido conhecer as especificidades dos diferentes grupos etários que recorrem a este procedimento. A importância deste conhecimento tem sido sugerida por estudos recentes sobre a saúde sexual e reprodutiva em diferentes grupos etários (Phipps et al., 2008), e a sua obtenção poderá ter importantes implicações para a promoção de linhas de ação especializadas ao nível do planeamento familiar.

Em Portugal, as estatísticas têm evidenciado algumas diferenças desenvolvimentais dignas de destaque quanto à saúde sexual e reprodutiva da população feminina. Ao nível da utilização de contraceção, por exemplo, apesar de 85% das mulheres em idade fértil usar um método contracetivo, são as adolescentes que apresentam taxas mais baixas da sua utilização (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2009). No que toca à prática da IVG, sabe-se que esta tem apresentado variações heterogéneas entre os diferentes grupos etários desde a sua legalização (DGS, 2015). Contudo, as características sociodemográficas e clínicas das mulheres que recorrem à IVG, bem como as especificidades das mesmas em diferentes faixas etárias, continuam por explorar no contexto sociocultural português. Por um lado, os estudos existentes são maioritariamente prévios à legalização da IVG (e.g.,

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra / Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Daniel de Matos – CHUC, E.P.E, Coimbra, Portugal.

(**) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra / Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona, Lisboa, Portugal.

Cosme & Leal, 1998), por outro, os dados mais recentes advêm de contextos institucional ou regionalmente circunscritos, não permitindo uma visão abrangente deste fenómeno (e.g., Sereno, Leal, & Maroco, 2012). Assim, o presente estudo pretendeu caracterizar as características sociodemográficas, os percursos sexuais e reprodutivos e os contextos relacionais à data da conceção de uma amostra nacional de mulheres que optaram pela IVG, explorando a existência de diferenças entre adolescentes e mulheres adultas.

MÉTODO

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 224 adolescentes e 141 mulheres adultas que realizaram uma IVG até às 10 semanas de gestação. Com idades compreendidas entre os 14 e os 48 anos (M=21,41; DP=7,01), as participantes eram maioritariamente de origem étnica Europeia (85,8%), pertenciam ao nível socioeconómico (NSE) baixo (63,0%, Simões, 1994), eram solteiras (79,5%), residentes em zonas urbanas (78,4%), estudantes (65,5%), e com habilitações literárias correspondentes ao ensino secundário (52,3%). Contudo, verificaram-se diferenças entre adolescentes e mulheres adultas relativamente ao estado civil (χ^2=73,57, p<0,001), NSE (χ^2=19,20, p<0,001), ocupação (χ^2=149,40, p<0,001), e habilitações literárias (χ^2=33,17, p<0,001).

Procedimento

O presente estudo faz parte de um Projeto de Investigação mais abrangente, intitulado *Interrupção voluntária da gravidez em Portugal: Decisão reprodutiva e adaptação em diferentes faixas etárias*. A recolha de dados ocorreu entre 2013-2015, em 18 serviços de saúde das várias regiões de Portugal Continental, mediante aprovação das Comissões Éticas das instituições de saúde envolvidas. A apresentação do estudo foi feita às mulheres pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a), no final da consulta destinada à decisão (2ª consulta protocolada ao abrigo da Portaria nº 741-A/2007 da Lei nº 16/2007, de 17 de Abril; AR, 2007) e, caso aceitassem participar, era-lhes pedido para assinarem um consentimento informado. Quando as participantes tinham menos de 16 anos, o consentimento era igualmente assinado pelos seus representantes legais. As mulheres eram instruídas para o autopreenchimento do protocolo de avaliação, que deveria ser entregue na consulta de revisão (3ª consulta), em envelope fechado. Cumpriram critérios de inclusão mulheres: (1) com compreensão da língua portuguesa, e (2) que tivessem interrompido uma gravidez, por opção, até às 10 semanas (AR, 2007).

Medidas

A recolha de informação sociodemográfica, sexual, reprodutiva, e relacional foi feita através de questionários de autopreenchimento, construídos pela equipa de investigação.

Análises estatísticas

Com o objetivo de caracterização, foram calculadas estatísticas descritivas (frequências, médias e desvios-padrão). Recorreu-se ainda à estatística inferencial (testes *t* de Student e de Qui-Quadrado) para averiguar diferenças entre os grupos. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS, v.22.

RESULTADOS

Percursos reprodutivos conducentes à IVG

Quadro 1

História Sexual e Reprodutiva Prévia à IVG

		Amostra total (*n*=365)	Adolescentes (*n*=224)	Adultas (*n*=141)	χ^2/t
Idade da menarca	*M (DP)*	12,20 (1,64)	12,14 (1,63)	12,31 (1,66)	-0,945
	Intervalo	8 - 17	8 - 17	8 - 17	
Idade de iniciação sexual	*M (DP)*	16,07 (2,11)	15,39 (1,37)	17,20 (2,59)	-7,41***
	Intervalo	11 - 29	11 - 19	13 - 29	
Número de parceiros sexuais	*M (DP)*	2,65 (2,12)	2,17 (1,26)	3,44 (2,88)	-4,63***
	Intervalo	1 - 25	1 - 7	1 - 25	
História prévia de IVG	Não	322 (88,2)	208 (92,9)	114 (80,9)	12,60**
	Sim	42 (11,5)	16 (7,1)	26 (18,4)	
	Missing	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,7)	
História prévia de gravidez	Não	303 (83,0)	220 (98,2)	83 (58,9)	90,72***
	Sim	59 (16,2)	4 (1,8)	55 (39,0)	
	Missing	3 (0,8)	0 (0,0)	3 (2,1)	
Uso de contraceção	Não	110 (30,1)	60 (26,8)	50 (35,5)	3,97*
	Sim	250 (68,5)	164 (73,2)	86 (61,0)	
	Missing	5 (1,4)	0 (0,0)	5 (3,5)	
Tipo de contraceção usada[a]	Preservativo	118 (47,2)	91 (55,5)	27 (31,4)	
	Pílula	101 (40,4)	54 (32,9)	47 (54,7)	29,13***
	Dupla proteção	17 (6,8)	13 (7,9)	4 (4,7)	
	Não refere	6 (2,4)	5 (3,0)	1 (1,2)	
	Outra	8 (3,2)	1 (0,6)	7 (8,0)	
Identifica a falha contracetiva[a]	Não	154 (61,6)	103 (62,8)	51 (59,3)	0,29
	Sim	96 (38,4)	61 (37,2)	35 (40,7)	

Nota. *p<.05, **p<.01, ***p<.001; [a]Consideradas apenas as mulheres que reportaram o uso de contraceção (*n*=250).

As mulheres da nossa amostra vivenciaram a menarca, em média, aos 12 anos, iniciaram a vida sexual 4 anos mais tarde e até à ocorrência da gravidez atual tiveram 3 parceiros sexuais. Apesar de para a maioria delas se tratar da primeira gravidez, cerca de 12% tinha história prévia de IVG. Engravidaram de forma mais frequente usando contraceção – sendo

os métodos mais referidos o preservativo e a pílula – e não tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez. No entanto, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos etários (Quadro 1). Quando comparadas com as mulheres adultas, as adolescentes reportaram um início da vida sexual mais precoce e maior uso de contraceção. Por sua vez, as mulheres adultas indicaram maior número de parceiros sexuais e de filhos, história prévia de interrupção da gravidez e uso da pílula, quando comparadas com as adolescentes.

Contexto relacional à ocorrência da IVG e características do companheiro

No que se refere ao contexto relacional, a maioria das mulheres relatam estar envolvidas numa relação à data da conceção, há cerca de 28 meses, com homens maioritariamente mais velhos, com o Ensino Secundário, e fora do sistema de ensino. No entanto, voltaram a verificar-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Quadro 2). Quando comparadas com as mulheres adultas, as adolescentes encontravam-se mais frequentemente envolvidas numa relação. Por sua vez, as mulheres adultas reportaram relações mais duradouras, com homens com maiores habilitações literárias e mais frequentemente incluídos no mercado de trabalho, quando comparadas com as adolescentes.

Quadro 2

Contexto Relacional à Ocorrência da IVG e Características do Companheiro

		Amostra total (*n*=365)	Adolescentes (*n*=224)	Adultas (*n*=141)	χ^2/t
Existência de uma relação à data da conceção	Não	28 (7,7)	7 (3,1)	21 (14,9)	17,11***
	Sim	336 (92,1)	217 (96,9)	119 (84,4)	
	Missing	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,7)	
Tempo de relação (meses)	*M (DP)*	27,58 (43,13)	13,0 (11,36)	55,51 (62,58)	-7,22***
	Intervalo	1 - 300	1 - 84	1 - 300	
Diferença de idade entre a mulher e companheiro	*M (DP)*	2,50 (4,02)	2,75 (3,35)	2,10 (4,93)	1,33
	Intervalo	-18 - 27	-2 - 27	-18 - 15	
Ocupação	Estudante	128 (35,1)	110 (49,1)	18 (12,8)	
	Empregado	111 (30,4)	39 (17,4)	72 (51,1)	99,97***
	Desempregado	40 (11,0)	23 (10,3)	17 (12,1)	
	Não sabe	86 (23,5)	52 (23,2)	34 (24,1)	
Habilitações literárias	1º Ciclo	3 (0,8)	0 (0,0)	3 (2,1)	
	2º Ciclo	16 (4,4)	9 (4,0)	7 (5,0)	
	3º Ciclo	95 (26,0)	61 (27,2)	34 (24,1)	26,85***
	Ensino Secundário	154 (42,2)	110 (49,1)	44 (31,2)	
	Ensino Superior	47 (12,9)	20 (8,9)	27 (19,1)	
	Mestrado	4 (1,1)	0 (0,0)	4 (2,8)	
	Não sabe	46 (12,6)	24 (10,7)	22 (15,6)	

Nota. *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que as mulheres que participaram neste estudo engravidaram de forma mais frequente no contexto de uma relação, relativamente duradoura, com homens mais velhos, reportando o uso de contraceção à data da conceção, e não tendo identificado a falha contracetiva que esteve na origem da gravidez. No entanto, verificaram-se diferenças entre os grupos etários ao nível das variáveis iniciação sexual, número de parceiros sexuais, história prévia de gravidez e de IVG, tipo e uso de contraceção, existência de uma relação e sua duração à data da conceção, ocupação e habilitações literárias do companheiro. Estes dados chamam a atenção para a necessidade de adotar abordagens abrangentes, mas ao mesmo tempo específicas – de acordo com a idade e com as características da mulher – ao nível da prevenção da gravidez não planeada e posterior IVG. Podem contribuir, assim, para uma maior especialização do planeamento familiar.

Os nossos resultados evidenciam que a gravidez pode ocorrer não apenas pela não utilização de contraceção, mas igualmente através do seu uso incorreto/inconsistente. À semelhança do que tem vindo a ser apontado na literatura (Moreau, Trussell, Desfreres, & Bajos, 2010), os nossos resultados realçam a importância das falhas contracetivas na origem da gravidez não planeada. O conhecimento gerado por estes resultados fundamenta a necessidade não só de promover a informação e utilização de contraceção, bem como da monitorização na sua utilização, o conhecimento sobre o possível tipo de falhas decorrentes no seu uso, e da promoção de estratégias alternativas face a estas, que revelam ser de extrema importância ao nível da prevenção da ocorrência de gravidezes não planeadas. Por outro lado, este conhecimento pode promover a adequação dos comportamentos contracetivos após a IVG, tendo em conta a experiência e dificuldades prévias da mulher (Moreau et al., 2010), bem como ao contexto relacional em que se encontram. Tendo em conta que a eficácia contracetiva dos métodos mais utilizados na nossa amostra (preservativo e pílula) se encontra mais dependente do seu utilizador, os nossos resultados vêm ao encontro da literatura que sugere a adoção de métodos de longa duração (OMS, 2004), que não são dependentes do seu utilizador e estão sujeitos a menores taxas de falha.

Por fim, os nossos resultados apontam ainda para a necessidade de reconhecer a heterogeneidade de percursos das mulheres que realizam uma IVG. Apesar de algumas diferenças serem expectáveis em função das diferentes fases desenvolvimentais dos grupos sob análise, nomeadamente o maior número de parceiros sexuais, de filhos e gravidezes prévias no grupo das mulheres adultas, outras devem ser tidas em conta ao nível das medidas preventivas na ocorrência da gravidez não planeada. Ao contrário do que foi apontado pela literatura (INE, 2009), o grupo das adolescentes reportou maior uso de contraceção à data da conceção, quando comparadas com as mulheres adultas. No entanto, destacamos a necessidade de dar atenção a este grupo, uma vez que reportam início da atividade sexual mais precoce, pautada pelo uso do preservativo, que se encontra associado a maior taxa de falha (Lim, Wong, Yong, & Sing, 2012), bem como ao facto de se encontrarem numa relação e namoro e estarem durante um maior período de tempo em

risco, caso tenham uma vida sexual ativa, para a ocorrência de uma nova gravidez. No que toca ao grupo das mulheres adultas, estas apresentam maior taxa de reincidência nesta prática reprodutiva e a utilização inconsistente da pílula contracetiva. Estes resultados evidenciam a necessidade de intervenções preventivas sensíveis à idade e às características destas mulheres.

Algumas limitações do estudo devem ser tidas em conta, nomeadamente o facto de a mulher ter sido a única fonte de informação sobre temáticas sensíveis (e.g., número de parceiros, uso de contraceção), e o carácter retrospetivo das respostas. Futuras investigações deveriam ter em conta outras fontes de informação, nomeadamente os parceiros, no sentido de avaliar a congruência da informação. Além disso, e apesar de não conseguirmos obter a taxa de participação no estudo, dada a difusão de recolha de dados, depreendemos que a taxa de recusa será alta, tendo em conta a discrepância entre o número total de IVG realizadas durante o período em que decorreu o estudo e o número total da nossa amostra. Tal facto pode dever-se à sensibilidade que este tema acarreta, traduzida na resistência por parte das senhoras na sua abordagem.

Apesar das limitações do presente estudo, os nossos resultados constituem um conhecimento mais aprofundado sobre a problemática da IVG no nosso país. O nosso estudo foi o primeiro que, tendo em conta uma amostra nacional, explorou as características das mulheres que optam pela IVG, e comparou-as entre diferentes faixas etárias. Contrariando a tendência de estudar apenas as mulheres envolvidas nesta prática, procurámos conhecer o contexto relacional em que se encontram e as características do companheiro. O conhecimento gerado tem importantes contribuições para a investigação e prática clínica no âmbito da prevenção da gravidez não planeada e posterior IVG, bem como na promoção de linhas de ação especializadas ao nível do planeamento familiar.

AGRADECIMENTOS

A primeira autora é apoiada pela Bolsa de Doutoramento da FCT (SFRH/BD/89435/2012), co-financiada pelo Fundo Social Europeu. Os autores agradecem às mulheres que colaboraram no estudo, aos serviços e profissionais envolvidos na recolha, à Associação para o Planeamento da Família (APF) e à DGS.

REFERÊNCIAS

Assembleia da República. (2007, abril, 17). Lei n.º 16/2007 de 17 de abril (1.ª série). *Diário da República*, *Série I*, *75*, 2417-2418. Retirado de http://goo.gl/IKmRR6.

Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, *25*(2), 68-77. Retirado de https://www.guttmacher.org/pubs/journals/2506899.html

Cosme, M. J., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio de pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, *XVI*(3), 447-462. Retirado de http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a11.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez: Dados de 2014*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interrupcao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interrupcao-da-gravidez-2014.aspx

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Inquérito nacional de saúde: 2005/2006*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de http://www.spdc.pt/files/publicacoes/14_11373_2.pdf

Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *160*(2), 219-222. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.11.017

Moreau, C., Trussell, T., Desfreres, J., & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, *82*(4), 337-344. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.011

Organização Mundial de Saúde. (1975). *Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO meeting*. Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2004). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (3rd ed.). Genebra: Edição do autor. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562668.pdf.

Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff, Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, *21*(1), 9-15. doi: 10.1016/j.jpag.2007.07.009

PORDATA. (2014). *Taxa bruta de natalidade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Retirado de http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527

Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico no processo de decisão. *Revista Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Sociedade*, *1*, 65-81. Retirado de http://revistas.apf.pt/index.php/srss/article/view/8/pdf

Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas de Raven*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Satisfação com o suporte social em doentes com esquizofrenia

LARA GUEDES DE PINHO (*)
ANABELA PEREIRA (*)
CLAÚDIA CHAVES (**)

De acordo com o Estudo Nacional de Saúde Mental (2013), realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, as perturbações mentais correspondem a 5 das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial, estando a esquizofrenia posicionada em terceiro lugar (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães, & Almeida, 2013).

O diagnóstico de esquizofrenia engloba uma panóplia de sinais e sintomas associada a disfunções sociais e ocupacionais significativas. O nível de funcionamento esperado pode não ser atingido se o início da sintomatologia ocorre na infância ou adolescência. No que concerne aos sintomas negativos da doença, estes podem ser graves e estão muitas vezes associados à disfunção social, como é o caso da avolição. Estes sintomas podem prejudicar a progressão educativa e a manutenção do emprego, mesmo quando as capacidades cognitivas estão preservadas e são adequadas. Ainda que a pessoa seja socialmente ativa, pode distanciar-se da sua rede social, sendo este isolamento, muitas vezes, o primeiro sinal da perturbação. Muitos destes doentes não casam ou têm contatos sociais limitados fora do seu ambiente familiar (American Psychiatric Association, 2014).

O funcionamento social pode ser descrito como a capacidade de adaptação do indivíduo às suas necessidades pessoais, familiares, sociais e laborais, além da capacidade para estabelecer papéis sociais (Cavieres & Valdebenito, 2005). Os défices no funcionamento social surgem, normalmente, durante os primeiros cinco anos de progressão da doença, e estão presentes em mais de 60% das pessoas com esquizofrenia (Ochoa et al., 2006).

Os sintomas negativos parecem ser os melhores preditores da degradação do funcionamento social (Couture, Granholm, & Fish, 2011). Uma elevada incidência destes sintomas está associada a dificuldades económicas, profissionais, sociais e funcionais nos doentes que apresentam longos períodos de internamento, atraso na recuperação e resultados pobres no tratamento, deteriorando significativamente a sua qualidade de vida (Addington & Addington, 2008).

(*) Universidade de Aveiro, Portugal.
(**) ESSV do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal.

Uma vez que a esquizofrenia surge frequentemente entre o final da adolescência e o início da idade adulta, sendo este um período crítico na aquisição de habilidades e papéis sociais, alguns autores consideram que o início dos sintomas pode prejudicar a continuidade dos estudos ou início de atividades profissionais. Esta condição pode dificultar tentativas de separação familiar e de desenvolvimento de competências básicas de vida autónoma. Já outros autores consideram que o défice social se deve à falta de uso dessas habilidades por carência de oportunidades. Não obstante, existe uma constelação de fatores associados à doença que poderão prejudicar as competências sociais, como a cronicidade, a sintomatologia e a exacerbação (Coelho & Palha, 2006).

Além do funcionamento social, também o suporte social é fundamental e pode influenciar a qualidade de vida das pessoas com esquizofrenia, uma vez que aumenta a capacidade do individuo para se adaptar à sua vida diária e aos acontecimentos stressantes. Assim, os doentes que têm uma rede social de apoio apresentam melhores condições de vida, menor presença de sintomas e menos internamentos hospitalares que aqueles que carecem deste apoio (Gutiérrez-maldonado, Caqueo-urízar, & Fernández-dávila, 2012; Norman et al., 2005).

A maior parte das pessoas com esquizofrenia tem uma rede social escassa, limitada aos seus familiares. Consequentemente, costumam ter uma perceção pobre de apoio social, especialmente da que provém de não familiares, mantendo parco contato com a comunidade (García-Bóveda, Vázquez Morejón, & Jiménez, 2007).

As mulheres têm, normalmente, redes socias mais alargadas que os homens. Por outro lado, quanto maior a idade, menores as habilidades sociais, estando este fator relacionado com uma maior degradação cognitiva (Mueser et al., 2010). Além disso, os desempregados e com menor escolaridade tem menos probabilidades de ampliar as suas redes sociais que aqueles que trabalham ou que tem um maior nível de escolaridade (Browne & Courtney, 2005).

O suporte social é um componente chave em psicologia da saúde que tem implicações práticas importantes na adaptação à doença crónica (Symister & Friend, 2003). O conceito de suporte social é multidimensional, sendo que aspetos diferentes do suporte social têm impacto diferente nas pessoas ou grupos (Pais Ribeiro, 2011). Este conceito, compreende recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais. Não obstante, é estimado atualmente como uma variável capaz de promover e proteger a saúde (Siqueira, 2008).

Sarafino (1997) agrupou o suporte social em cinco tipos, sendo o primeiro o suporte emocional, que corresponde à empatia e preocupação para com a pessoa. O segundo tipo é o suporte de estima, que surge através da manifestação da apreciação positiva do indivíduo. O suporte tangível ou instrumental é o terceiro tipo e está relacionado com a assistência direta ao sujeito. O quarto tipo é o suporte informativo e engloba os conselhos e sugestões. Por último temos o suporte de rede, que fornece à pessoa o sentimento de pertença a um grupo.

Ornelas (1996) concluiu numa revisão da literatura que o suporte social corresponde a um dos fatores de redução do impacto das perturbações mentais como a esquizofrenia. Vários estudos indicam que as pessoas com esquizofrenia têm uma rede social menor do que os indivíduos sem história de doença mental. Além disso, as redes sociais destes doentes tendem a ser limitadas a familiares, sendo muito frequente redes constituídas somente por membros da família.

O presente estudo tem como objetivo analisar algumas características sociodemográficas das pessoas com esquizofrenia, como o estado civil, a coabitação e a situação laboral e avaliar o grau de satisfação com o suporte social destes doentes, comparando-o com a coabitação.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo com uma abordagem descritiva.

Participantes

Participaram 198 utentes com esquizofrenia de sete instituições do país, através do método de amostragem por conveniência. As características sociodemográficas da amostra podem ser visualizadas no Quadro 1.

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra em estudo

Variáveis		Amostra (*n*=198)
Idade		*M*=44,04; *DP*=12,42
	Min-Máx	20-78
Género	Feminino	55 (27,8%)
	Masculino	143 (72,2%)
Estado Civil	Solteiro	134 (67,7%)
	Casado / União de facto	34 (17,2%)
	Divorciado / Separado	26 (13,1%)
	Viúvo	4 (2%)
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	4 (2%)
	1º ciclo (4ºano)	41 (20,7%)
	2º ciclo (6º ano)	50 (25,3%)
	3º ciclo (9º ano)	54 (27,3%)
	Ensino Secundário (12º ano)	38 (19,2%)
	Formação Universitária	11 (5,6%)

Material

Como *Instrumento* foi aplicada a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Pais Ribeiro (2011). É composta por quatro domínios, satisfação com os amigos, intimidade, satisfação com a família e atividades sociais. Os valores foram convertidos numa escala de 0 a 100.

Verificou-se a consistência interna (alpha de Cronbach) do instrumento que é de 0,87.

Procedimentos

Nos *Procedimentos* foram tidos em consideração o consentimento informado, a confidencialidade e o anonimato. Os dados foram analisados com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 22.0 para o *Windows*, tendo sido sujeitos a análises descritivas e de correlação.

RESULTADOS

São apresentados os principais resultados referentes às variáveis sociais e de participação no programa de reabilitação (Quadro 2).

Quadro 2

Características sociais e participação no programa de reabilitação da amostra em estudo

Variáveis		Amostra (*n*=198)
Situação Profissional	Empregado	17 (8,6%)
	Não ativo / Desempregado	59 (29,8%)
	Invalidez	104 (52,5%)
	Reformado	13 (6,6%)
	Estudante	5 (2,5%)
Coabitação	Pais / Pai / Mãe	86 (43,4%)
	Sozinho	41 (20,7%)
	Cônjuge / Companheiro	33 (16,7%)
	Instituição	19 (9,6%)
	Filho e/ou outro	19 (9,6%)
Filhos	Sim	60 (30,3%)
	Não	138 (69,7%)
Programa de Reabilitação Psicossocial / Fórum Sócio-Ocupacional	A frequentar	63 (31,8%)
	Já frequentou	30 (15,2%)
	Nunca frequentou	105 (53%)

No Quadro 3 são apresentados os resultados dos diferentes domínios da escala para a amostra em estudo.

Quadro 3

Satisfação com o suporte social geral (n=198)

	Escala Total	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais
Média	51,53	46,39	50,13	66,04	47,47
Desvio padrão	22,56	33,72	25,36	32,86	28,59

Posteriormente foram realizadas análises de correlação entre os valores da escala e a coabitação, e, como não se obtiveram dados estatisticamente significativos, optou-se por analisar as diferenças das médias dos domínios da escala (Quadro 4).

Quadro 4

Satisfação com o suporte social e coabitação

	Escala Total	Satisfação com amigos	Intimidade	Satisfação com a família	Atividades sociais
Sozinhos (*n*=40)	48,33	45,73	45,43	57,32	47,56
Instituição (*n*=19)	54,21	51,58	55,26	49,12	62,28
Pais (*n*=87)	53,06	48,14	50,80	70,83	46,51
Conjuge/Companheiro (*n*=33)	54,80	48,18	55,87	75,51	43,69
Filhos e/ou outros	43,16	31,58	42,11	63,60	43,42

DISCUSSÃO

Após análise dos resultados podemos verificar que 134 indivíduos são solteiros e somente 64 casaram, sendo que apenas 34 destes se encontram atualmente casados ou em união de fato. Estes resultados vão de encontro ao que está descrito no DSM V quando refere que a maioria das pessoas com esquizofrenia não casa. Tendo em conta que, como referem Coelho e Ribeiro (2000, p. 86),"o estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social", estado civil pode influenciar a satisfação com o suporte social destes doentes.

No que corresponde à coabitação grande parte dos indivíduos vive com os pais (*n*=86), seguindo-se os que vivem sozinhos (*n*=41), os que vivem com o cônjuge ou companheiro (*n*=33) e em menor número os que residem em instituições (*n*=19) ou com outras pessoas significativas (*n*=19).Uma vez que a maioria (*n*=105) vive com os pais ou em instituições

podemos dizer que estes resultados podem estar de acordo com o descrito por Coelho e Palha (2006), quando indicam que a esquizofrenia pode dificultar tentativas de separação familiar e de desenvolvimento de competências básicas de vida autónoma.

Relativamente à situação profissional, apenas 17 sujeitos se encontram ativos, sendo que a maioria (*n*=104) está incapacitada para o trabalho, tendo invalidez. Esta situação também está de acordo com o descrito no DSM V quando refere que a esquizofrenia está associada a disfunções ocupacionais significativas, sendo que a sintomatologia pode prejudicar a manutenção do emprego mesmo quando as capacidades cognitivas estão preservadas e são adequadas.

Tendo em conta estes dados, verificamos que estão em consonância com o exposto no Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* quando exibe que a esquizofrenia é uma das principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial (Xavier, Batista, Mendes, Magalhães, & Almeida, 2013).

No que respeita à frequência em Programas de Reabilitação Psicossocial ou Fórum Sócio Ocupacional constatamos que pouco mais de metade da amostra (*n*=105) não tiveram contato com estas intervenções.

Após análise dos resultados da Escala de Satisfação com o Suporte Social, conclui-se que a satisfação com o suporte social geral é baixa (*M*=51,53*; DP*=22,56), sendo os valores mais baixos no fator satisfação com os amigos (*M*=46,39*; DP*=33,72) e mais altos na satisfação com a família (*M*=66,04; *DP*=32,86). Conforme relatam Angell e Test (2002) no seu estudo com 87 doentes com esquizofrenia, os sintomas positivos estão associados à perda de laços nas suas redes sociais, à diminuição na satisfação com o suporte social e a um aumento da solidão.

Comparando a satisfação com o suporte social com a coabitação parece-nos que os indivíduos mais satisfeitos com o suporte social são aqueles que vivem com o cônjuge ou companheiro (*M*=54,8), seguindo-se os que vivem numa instituição (*M*=54,21) e os que vivem com os pais (M=53,06), não havendo diferenças estatisticamente significativas entre estes. Os que vivem sozinhos (*M*=48,33) e os que vivem com outras pessoas significativas (*M*=43,16) são os que, aparentemente, apresentam menor satisfação com o suporte social.

O domínio satisfação com a família (*M*=66,04) é o que apresenta pontuações mais elevadas e os domínios satisfação com os amigos (*M*=46,39) e com as atividades sociais (*M*=47,47) mais baixas.

Pensamos que este estudo poderá ter uma contribuição relevante para a Psicologia da Saúde na medida em que o suporte social é um dos componentes cruciais nesta área. Desde que se iniciou a desinstitucionalização psiquiátrica que este fator tem sido uma preocupação constante dos profissionais da área da saúde mental. Assim, esta investigação, analisa a satisfação com o suporte social de uma população específica que pelas características da doença apresenta uma rede social limitada onde é necessário intervir cada vez mais de forma eficaz. Sendo a tendência da atuação dos profissionais de saúde intervir na comunidade, muito há ainda a fazer para que que as redes sociais destes doentes

aumentem, aumentando também a sua satisfação com o suporte social. Pensamos que intervenções psicossociais não só com o utente mas também com a família poderão melhorar significativamente o funcionamento social destes indivíduos bem como a satisfação com o suporte social. Assim, além destas intervenções, torna-se crucial intervir ainda na comunidade em geral no sentido de alertar para a importância da integração destes sujeitos na sociedade, diminuindo o estigma e aumentando as suas redes sociais de apoio. Existem atualmente muito poucas instituições de reabilitação psicossocial, sendo necessária uma reflexão de todos os envolvidos no sentido de dar resposta ao programa nacional de saúde mental de forma eficaz e com resultados satisfatórios para os doentes mentais.

Este estudo, ainda em progresso, pretende ser mais complexo, dando-se continuidade à recolha de dados, tendo como finalidade comparar a satisfação com o suporte social com a qualidade de vida e os afetos positivo/negativo. Contudo, este estudo almeja dar o seu contributo para intervenções futuras na área da reabilitação psicossocial e integração das pessoas com esquizofrenia na comunidade, de forma a aumentar a qualidade de vida e a satisfação com as redes sociais de apoio.

REFERÊNCIAS

Addington, J., & Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, *99*, 176-181. doi: 10.1016/j.schres.2007.07.004

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Angell, B., & Test, M. A. (2002). The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *28*, 259-271.

Browne, G., & Courtney, M. (2005). Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. *Issues in Mental Health Nursing*, *26*, 311-326. doi: 10.1080/01612840590915694

Cavieres F., A., & Valdebenito V., M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, *43*, 97-108. doi: 10.4067/S0717-92272005000200003

Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepçao subjectiva de bem-estar e mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psciologia, Saúde & Doenças*, *1*, 79-87.

Coelho, C. S. M., & Palha, A. J. P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com Esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Couture, S. M., Granholm, E. L., & Fish, S. C. (2011). A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *125*, 152-160. doi: 10.1016/j.schres.2010.09.020.A

García-Bóveda, R. J., Vázquez Morejón, A. J., & Jiménez, R. V. M. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *7*, 61-71.

Gutiérrez-maldonado, J., Caqueo-urízar, A., & Fernández-dávila, M. F. P. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, *24*, 255-262.

Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Forester, B., Wolfe, R., & Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *Journal of Neurolinguistics*, *23*, 297-317. doi: 10.1016/j.jneuroling.2009.08.007

Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *80*, 227-34. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.006

Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Márquez, M., Valdelomar, M., & Haro, J. M. (2006). Influence of age at onset on social functioning in outpatients with schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, *20*, 157-163.

Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, *14*, 263-268.

Pais Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social.* Lisboa: Placebo Editora.

Sarafino, E., P. (1997). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. Hoboken, NJ: John Wiley e Sons Inc.

Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia Em Estudo*, *13*, 381-388. doi: 10.1590/S1413-73722008000200021

Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, *22*, 123-129. doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.123

Xavier, M., Batista, H., Mendes, J, Magalhães, P., & Almeida, J. M. C. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – Rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*, 19. doi: 10.1186/1752-4458-7-19

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Mães em licença maternidade – Preparo para o retorno ao trabalho

LUCI FAGUNDES OLIVEIRA (*)
FRANCIELE MARTINS NOGUEIRA PIRES (*)
VERA LUCIA ARAÚJO FERREIRA (*)
CRISTIANE DE FIGUEIREDO VASCONCELLOS (**)
ÂNGELA FIGUEIRA (*)

Zanelli (2004) afirma que algumas mudanças ocorreram no mundo contemporâneo e geraram transformações sociais e individuais, bem como no âmbito do trabalho. Com tantas transformações ocorrendo no mundo, as pessoas estão sendo afetadas, resignificando seus "valores, autoestima e projetos de vida". Diante desta realidade, o exercício profissional do psicólogo institucional necessita atender a novos desafios e criar novas frentes de trabalho, especialmente em intuições com muitos funcionários como é o caso da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

Com a maior atuação profissional feminina, as mulheres vêm se deparando com o desafio de conciliar demandas familiares e profissionais. Com o nascimento de um filho, as atividades na esfera familiar aumentam, o que pode gerar sobrecarga de atividades para a mulher que trabalha fora e se envolve nos cuidados com o filho.

A Constituição Federal em seu art. 7º garante à mãe trabalhadora o direito de, após o nascimento de seu filho, requerer licença de 120 dias de afastamento do trabalho, sem prejuízo do seu salário. A mãe trabalhadora ainda tem assegurado o direito a berçário ou creche nos locais de trabalho, sempre que a empresa tiver trinta ou mais mulheres trabalhando. Este é o caso da UFV, onde o estágio foi realizado. Em contrapartida, o art. 54 do Estatuto da Criança e do Adolescente e o art. 208 da Constituição Federal asseguram o atendimento em creche e em pré-escola às crianças de 0 a 6 anos de idade.

A relação com o lar e a carreira da mulher que trabalha, mas não possui filhos, é diferente da mulher que trabalha e possui filhos, pois a maternidade interfere de forma direta "na vida pessoal, profissional e na vida de relação da mulher" (Baptista, 1995).Esta é uma fase de grandes mudanças, tanto físicas quanto psicológicas, para as mulheres. Este processo pode ser um período delicado, muitas vivenciam sentimentos de culpa, ao deixarem seus bebês após a licença.

Segundo Carvalho (2004), "Empowerment" (em português "empoderamento") é um conceito complexo que toma emprestado noções de distintos campos de conhecimento. É

(*) Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde – FACISA/UNIVIÇOSA, Viçosa, MG, Brasil.
(**) Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

uma ideia que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da "ação social" presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de autoajuda, e, nos 80, pela psicologia comunitária. Na década de 90, recebe o influxo de movimentos que buscam afirmar o direito da cidadania sobre distintas esferas da vida social entre as quais a prática médica, a educação em saúde e o ambiente físico.

Neste projeto utilizou-se algumas atividades com desenho pois, segundo Van Kolck (1966), os desenhos permitem projeções mais diretamente expressivas dos desejos profundos ou inconscientes do que a linguagem escrita ou falada, porque não são um meio usual de comunicação e têm um conteúdo que é menos reconhecido pela pessoa, uma linguagem não-verbal.

Portanto, o objetivo deste projeto é amenizar este sofrimento das mães, auxiliando-as a pensar no assunto com antecedência e a tomarem decisões mais assertivas e menos dolorosas, evitando decisões de última hora; Além de oferecer a estas mães um reencontro consigo mesmas, criar um grupo coeso, proporcionar a troca de informações e fazer emergir o "empoderamento" dessas mães, enfatizando o autoconceito e a autoestima para tomadas de decisão durante e após o período da licença maternidade.

MÉTODO

O projeto desenvolveu-se por meio de cinco encontros, de 2 horas e 30 minutos cada, com as mães (com seus bebês) funcionárias da UFV em licença maternidade.

O cronograma inicial apresentado a seguir foi sendo modificado segundo as demandas das mães que surgiram em cada encontro.

1º encontro com as mães: dia 06/05/2015. Objetivos: Conhecer as mães e promover integração para fortalecer laços de amizade. Deixar que as mães levantem demandas e soluções para seus problemas individuais e em grupo através de conversa.

2º Encontro com as mães: dia 13/05/2015. Com o objetivo de despertar nas mães a necessidade do autoconhecimento a fim de promover a autoconfiança e empoderamento das mesmas. Utilizando como material o inventário de temperamentos do Corpo Editorial Lar doce Lar (2012). Proporcionar ambiente que promova discursões a fim de despertar nas mães interesse em discutir questões relacionadas a volta ao trabalho.

3º Encontro com as mães: dia 20/05/2015. Utilizou-se o desenho livre de quem sou eu. E resultados do questionário com descrição dos temperamentos seguido de discussões. Buscando dar abertura as mães para levantar demandas e soluções para seus desafios para voltar ao trabalho.

4º Encontro com as mães: dia 27/05/2015. Objetivou-se através das conversas proporcionar abertura às mães a fim de que elas levantassem demandas e soluções para seus problemas pessoais.

5º Encontro com as mães: dia 03/06/2015. O objetivo deste encontro é de avaliar a relevância do projeto e apresentar os resultados à PGP para verificar a continuidade ou não do mesmo.

RESULTADOS

A seguir, o relato da prática do projeto é apresentado. Na descrição dos encontros, não foram citados os nomes das mães nem seus bebês a fim de preservar suas identidades.

1º encontro com as mães: dia 06/05/2015, das 14h às 14h30. Participaram 3 mães. Houve participação de todas as mães presentes, que ficaram bem à vontade e falaram bastante de seus medos e inseguranças. Percebeu-se que todas elas estavam muito carentes de falar e que possuem muitas perguntas e também carência de estar com outras pessoas.

Deu-se início a este encontro com a dinâmica das mães apresentando seus bebês e depois elas se apresentavam como se fossem o bebê falando delas. Passou-se então para uma conversa espontânea em que cada mãe se dispôs a falar sobre as suas dificuldades e ansiedades. Uma das mães tem um bebê de 20 dias e tem tido muita dificuldade devido ao bebê ter muita cólica, ela disse que não conseguiria acompanhar o grupo.

2º Encontro com as mães: dia 13/05/2015, das 14h às 16h30. Nesse encontro estavam presente cinco mães. Após as mães preencherem o inventário de produção Editora Lar Doce Lar (2012) para identificar os temperamentos cada mãe recebeu uma folha de papel A4 com a seguinte pergunta: "Quem sou eu?". E pedimos para que dissesse uma palavra que a definisse ou marcasse sua pessoa. As palavras que as identificaram foram: emoção, seletiva e concentrada, muito focada, carinhosa e sente falta de tempo para de si mesma, gosta de planejar, de ser objetiva, ansiosa, perseverança.

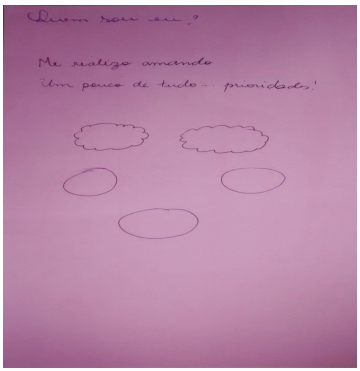
3º Encontro com as mães: dia 20/05/2015. Participaram deste encontro quatro mães. O foco do encontro foi o autoconhecimento onde comentou-se os resultados individuais do inventário de temperamento preenchido pelas mães no encontro anterior. Para que cada mãe fizesse a análise do seu temperamento, foi lida a descrição de cada temperamento. Depois de identificar o temperamento dominante, foi possível aprofundar-se mais nas 12 combinações de temperamento, apresentadas na revista "Lar doce Lar (2012)" . Resumindo esta versão da teoria do temperamento, as pessoas se dividem em quatro categorias: *sanguíneos, coléricos, melancólicos, fleumáticos.* Cada mãe pôde analisar seu resultado do questionário dos temperamentos e avaliar seus pontos fortes e pontos fracos. Distribuímos também um quadro apresentando as qualidades e defeitos de todos os temperamentos.

Segundo Moreno(2002), "Os desenhos nos permitem ter acesso ao conhecimento interior dos pacientes, à sua psique, na medida em que eles são produções que expressam dados de sua personalidade, tanto conscientes como inconscientes"

Com o objetivo de promover o autoconhecimento que leva ao empoderamento, passou-se, a seguir, para mais uma dinâmica de autoconhecimento com desenhos, que consistiu em pedir às mães que fizessem um desenho com a seguinte instrução: Feche os olhos e entre no seu espaço. Veja o seu mundo: Como ele é para você? Como você mostraria o seu mundo no papel usando apenas curvas, traços e formas? Pense nas cores no seu mundo. Quantos espaços cada item tomaria no papel? Onde você se coloca no desenho? Por meio de desenhos, as pessoas transmitem coisas que poderiam nunca ser expressas verbalmente, mesmo que estivessem internamente conscientes desses sentimentos, desses conteúdos.

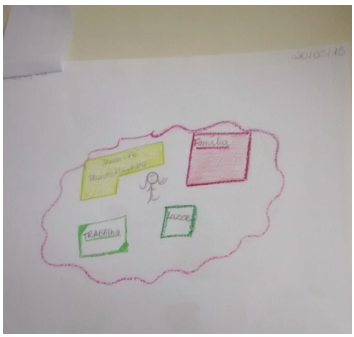
Após 10 minutos, cada mãe voluntariamente mostrou seu desenho para o grupo explicando onde ela se encontrava no desenho. As mães se viam no centro de tudo e tendo de lidar com várias situações ao mesmo tempo, tendo de cuidar da família, trabalho, lazer, casa etc.

Desenhos e explicações de algumas das mães:



Uma das mães disse: "Eu vejo estas nuvens como partes de coisas que preciso fazer e muitas vezes não dou conta. Preciso me dividir entre as tarefas diárias e cuidar do bebê e do marido. Ainda estou meio enrolada entre tudo isto".

Outra mãe disse: "Já não consigo me ver separada de meu marido e filho é como se fosse uma coisa só e preciso dar conta de tudo. Mas agora vejo a necessidade de retomar minha vida e ser eu novamente".



Esta mãe disse que se via no centro e que ao seu redor todas as suas prioridades, como família, lazer trabalho, fé, etc., e que ela precisava se organizar para priorizar e agir em relação a estas variáveis.

Esta mãe disse: "Eu sou o retângulo maior, tem algumas coisas que são parte dela como os filhos que são representados pela interseção do quadrado menor superior e do desenho inferior e meu marido é a mancha maior embaixo do lado direito inferior do retângulo. As partes coloridas dentro do retângulo grande são coisas que estou trabalhando em mim, preciso mudar ou fazer algo a respeito. A manchas coloridas que não estão conectadas no retângulo grande (que me representa), são coisas que não dou valor ou não são prioridades no momento, talvez eu pense nisto no futuro".

Neste encontro observou-se um ponto em comum entre todos os desenhos, as mães aparecem tentando lidar com várias situações e ainda não se ajustaram. Todas estão em busca de se adaptarem melhor à nova vida com os bebês e com os maridos. Houve ainda a afirmação de uma das mães que disse que foi por meio dos encontros que ela se despertou, ela disse que "'foi como um clique' que percebi que eu deveria e poderia fazer algo quanto ao retorno ao trabalho".

Algumas mães se mobilizaram e ficaram de trazer na semana seguinte informações sobre seus direitos trabalhistas e outra mãe ficou de fazer uma planilha com nomes de creches para poderem visitar e decidir o que fazer com seus bebês depois da licença. Foi nesse momento que pôde-se perceber que o projeto estava fazendo efeito e as mães estavam se encontrando e sendo "empoderadas" a ponto de se sentirem capazes de agir. Percebeu-se que este era o momento de deixá-las agir. E foi assim que encerrou-se o encontro desse dia.

4º Encontro com as mães: dia 27/05/2015. Nesse dia participaram cinco mães. Esse encontro foi marcado pela presença da presidente do sindicato dos servidores da UFV (ASAV), a convite de uma das mães, levando esclarecimentos sobre direito trabalhista. A reunião foi bastante participativa e proveitosa para as mães individualmente. O grupo

decidiu criar um grupo na rede social WhatsApp para manter contato. Foi feita a devolutiva do inventário de temperamento duas mães, que faltaram ao encontro da semana anterior. Nesse encontro também distribuímos uma folha com dicas e informações sobre qual a melhor escolha entre creche e babá, para que as mães pudessem se informar melhor a respeito desse tema.

Ficou estabelecido que dia 03 de junho de 2015 será o encerramento deste grupo e e uma avalição final do projeto a fim de verificar se houve relevância para as mães e se este terá continuidade junto a PGP na UFV.

5º Encontro com as mães: dia 03/06/2015. Este foi o encontro de encerramento. Neste último encontro participaram cinco mães.

No início do trabalho foi entregue às mães o termo de consentimento livre e esclarecido o qual todas assinaram e em seguida preencheram a avaliação do projeto.

Como atividade complementar a este encontro, foi lido um texto com o resumo do livro de Gary Chapman "As Cinco Linguagens de Amor" que foi exposto pela estagiária Luci cujo resumo consiste em: palavras de afirmação, tempo de qualidade, atos de serviços, toque físico, dar presentes. Observou-se que as mães participaram com muito entusiasmo nas atividades e depois do encerramento fizemos uma confraternização, onde cada mãe trouxe algo para compartilhar. Uma das mães ao agradecer pela iniciativa do projeto ressaltou que ela se encontrava em casa só voltada para o bebê e quando recebeu nosso telefonema das estagiárias falando sobre e projeto ela aceitou imediatamente. Destacou que gostou muito de participar do grupo porque se sentia muito sozinha e com necessidade de decidir o que fazer para voltar ao trabalho, mas não conseguia sair do lugar. E com o grupo se sentiu encorajada e fortalecida para agir. Isto aconteceu a partir do terceiro encontro, foi quando ela passou a sentir-se "fortalecida" e capaz de fazer algo para sair dessa situação em que se encontrava. Então ela liderou o grupo de mães para reivindicar na Pró -Reitoria de Assuntos Comunitários o direito da creche para os bebês. Ela atribui essa atitude ao fato de ter se encontrado consigo mesma e às atividades desenvolvidas nos primeiros encontros, onde as estagiárias trouxeram dinâmicas de autoconhecimento para resgatar o "eu", proporcionando uma melhora em sua autoestima.

DISCUSSÃO

Foram contactadas 10 mães em licença maternidade e 7 delas concordaram em participar do grupo. Dentre as 7 mães que participaram dos encontros, uma delas veio no primeiro encontro, mas disse que estava cedo para pensar no assunto pois seu bebê tinha apenas 20 dias e decidiu não participar do grupo. As outras seis foram frequentes, mas sempre uma faltava com alguma justificativa por e-mail ou no encontro seguinte.

Os resultados foram baseados em observações durante todos os encontros e nos questionários de avaliação feito pelas 6 mães que permaneceram no grupo e os resultados destas avaliações. Das seis mães que fizeram a avaliação do projeto obteve-se notas 10 (de cinco mães) e uma nota 9. Este resultado foi apresentado como feedback junto à Pró Reitoria de Gestão de Pessoas PGP, destacando a relevância e a necessidade de continuidade do mesmo dentro da instituição. Um ponto negativo que foi mencionado por uma das mães que disse "ter havido pouco direcionamento nas atividades pois deixamos nas mãos delas". Este comentário proporcionou verificar-se que nosso objetivo de despertar as mães para agir com antecedência evitando decisões de ultima hora e o empoderamento das mesmas nas tomadas de decisões, foram alcançados.

Foi acreditando neste potencial que guiamos nosso trabalho e que percebemos que realmente a partir do momento em que elas tomaram frente, nosso papel foi mais de observadoras e de suporte emocional do que de dar ideias ou liderar, este papel foi ocupado pelas mães. Todas as mães se manifestaram favoráveis à continuidade do projeto e ressaltaram ter sido positiva a participação. Todas mencionaram que voltariam se o projeto continuasse no segundo semestre. O questionário de avaliação foi 100% favorável à continuidade do projeto.

Todas disseram que a participação no grupo ajuda a compartilhar experiências, superar as dificuldades a serem enfrentadas com a separação do filho, favorece o autoconhecimento e melhora a autoestima, faz perceber que "o meu problema é algo de outras mães" (coletivo). Disseram também que a mobilização das mães foi essencial e que se não fosse a participação do grupo não estariam unidas para reivindicarem seus direitos juntas.

Percebeu-se ainda que a participação em um grupo no qual elas se identificaram, apesar de pouco tempo juntas, teve efeito positivo nas mães, todas permaneciam nos encontros até as 16h30 horas, falando e compartilhando experiências como mães e como pessoas. Desafiando-as a pensar nelas mesmas como pessoas, todas paravam, ficaram em silêncio para pensar no assunto e então compartilhar com o grupo.

Pode-se concluir que esse projeto foi de grande relevância para as mães participantes e também para as estagiárias. O projeto alcançou o objetivo de auxiliar as mães em licença maternidade a se prepararem para a volta ao trabalho, evitando angústia e sofrimento para elas no momento da separação mãe-filho. Foi relevante ao oferecer ambiente propício onde elas podiam ser elas mesmas e a tomarem decisões mais assertivas e menos dolorosas, evitando decisões de última hora. Surgiram também oportunidades para se expressarem e compartilharem experiências. Ao final, todas conseguiram se envolver no processo de voltar ao trabalho e pôde-se perceber um movimento interno no grupo no sentido de pensar qual a melhor opção para deixar o seu bebê (na creche, com a babá ou com a família). Esse trabalho foi enriquecedor e contribuiu muito para nossa formação, pois pudemos vivenciar a atuação do psicólogo organizacional no processo de ensino- aprendizagem. Quanto às mães, estas se sentiram mais "empoderadas" e melhor preparadas para o retorno ao trabalho.

REFERÊNCIAS

Batista, S. M. S. (1995). *Maternidade e profissão: Oportunidades de desenvolvimento.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carvalho S. R. (2004). *Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf

Chapman G. (2004). *As Cinco Linguagens de Amor*. São Paulo: Editora Mundo Cristão.

Constituição Federal do Brasil (1988). Art. 7º. Disponível em http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10641213/artigo-7-da-constituicao-federal-de-1988

Estatuto da Criança e do Adolescente Brasil. (1990). Art.45 e 208. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

Gerência editorial e de produção Lar Doce Lar. (2012). *Análise dos Temperamentos* – 1ª edição Janeiro de 2012, RJA. Disponível em http://lardocelar.org/wp-content/uploads/Avaliando-seu-Temperamento1.pdf

Moreno, M. T. N. (2002). *A Bela Adormecida e a adolescência: Um enfoque junguiano*. São Paulo: Vetor.

Van Kolck, O. L.(1966). *Sobre a técnica do desenho da figura humana na exploração da personalidade.* São Paulo: Universidade de São Paulo.

Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E., & Bastos, A. V. B. (2004). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil.* Porto Alegre: Ed. Artmed.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Disponibilidad de la propia vida: Un derecho del siglo XXI

LUCIANA RAMÍREZ IMEDIO (*)
BELÉN AGLIO RAMÍREZ (**)
RAILDA SABINO FERNANDES ALVES (***)

Durante siglos se ha considerado que la razón de ser de la medicina era evitar la muerte y se ha venido considerando la vida como el bien supremo recibido de Dios e irrenunciable. Durante siglos se admitió la desigualdad natural de los seres humanos: se nacía rey o se nacía esclavo. En ese contexto social y cultural, la relación entre los médicos y sus pacientes seguía un modelo desigual, vertical, en el mejor de los casos paternalista, en que el médico se situaba en un nivel superior respecto al paciente. No solo en cuanto a sus conocimientos técnicos, también en cuanto a su cualificación moral porque el médico tradicionalmente comprometido por su juramento hipocrático tenía la misión de velar por la vida del enfermo. El papel del enfermo – el paciente – quedaba reducido a la doble aceptación: de la enfermedad como voluntad de Dios, y de las decisiones del médico como conocedor de la ciencia. Llegadas a un punto, ambas voluntades se plegaban a la divina: el paciente sin posibilidad de sanación quedaba "en manos de Dios". Las cosas comenzaron a cambiar, en el plano normativo al menos, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que nos reconoció a todos los seres humanos iguales en dignidad por el mero hecho de serlo y asoció la expresión de esa dignidad a la libertad de diseñar la propia vida de forma autónoma. Aunque se tardó medio siglo hasta que esos derechos humanos se extendieran al campo de aplicación de la medicina, hoy en día la relación médico-paciente es, todavía de un modo imperfecto, una relación igualitaria: médico y paciente se diferencian en conocimientos técnicos pero no en dignidad. En teoría, ningún interés salvo el bien común está por encima de la voluntad del paciente aunque la realidad en la mayor parte de los países es que esa autonomía no alcanza todavía al proceso final de la vida.

Recordemos, desde la ética, se deben cumplir los cuatro principios básicos: *No maleficencia*: evitando realizar daño físico, psicológico o moral. *Justicia*: con el reparto equitativo de los beneficios y facilitar los recursos necesarios. *Autonomía*: respetar que las personas gestionen su propia vida y tomen decisiones respecto de su salud. *Beneficencia*: proporcionar el bienestar, procurando que realicen su propio proyecto de vida y felicidad en la medida de lo posible (Childress & Beauchamp, 2001).

(*) Complejo Hospitalario Granada, España.
(**) Universidad de Granada, España.
(***) Departamento de Psicologia e do Mestrado em Psicologia da Saúde. Universida de Estadual da Paraíba, Brasil.

Las reflexiones que planteamos en el presente trabajo van dirigidas a resaltar los derechos de las personas en el final de vida, así las leyes deben garantizar una atención adecuada durante el proceso final de la vida, basándose en evitar el sufrimiento, respetar la dignidad de las personas y permitir la libre decisión de cada paciente. Por todo ello, nuestro objetivo es realizar una exploración por las diferentes normas y leyes en España y sus comunidades autónomas que defienden los derechos de las personas en el final de la vida.

METODO

Se realizó una revisión teórica, no exhaustiva. Se realiza una revisión en las normas y leyes de España, en aquellas comunidades autónomas que tienen legislado los derechos de las personas en el final de vida, puesto que el gobierno español transfirió las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas.

RESULTADOS

Partiendo pues de un concepto actual de la medicina como la ayuda técnica prestada al ser humano enfermo desde el respeto a su dignidad y libertad individual y de que la muerte es un hecho natural inevitable. Se añade además la evidencia de que la vida no siempre es un bien sino que en ocasiones no es preferible a la muerte, podremos admitir como legítimas y deseables las actitudes de los profesionales de la salud ante la muerte: permitir la muerte, ayudar en ella e incluso, facilitarla. Intentaremos argumentarlas:

Permitir la muerte

Tradicionalmente la obligación del médico ha sido preservar la vida incluso por encima de la voluntad del enfermo. El concepto de calidad de vida no existía porque la vida, como don divino, era considerada en si misma el bien máximo. El médico, una especie de intermediario de Dios, se sentía más al servicio de la vida que del ser humano enfermo. En todo caso, durante siglos la capacidad técnica de evitar la muerte era casi inexistente. Los problemas comenzarán a raíz del desarrollo de la ciencia médica. Durante el siglo XX, especialmente en su segunda mitad, el conocimiento de las causas de las enfermedades y el crecimiento explosivo de las tecnologías aplicadas a esos conocimientos permiten la curación de enfermedades que habían constituido verdaderos azotes para la humanidad: se acaba con las epidemias, se desarrollan cirugías que llegan a permitir el recambio de órganos vitales y se desarrollan métodos de soporte vital que pueden mantener las

funciones vitales imprescindibles indefinidamente. Todos estos avances, convenientemente amplificados por los medios de comunicación de masas, llegan a generar, incluso entre profesionales de la medicina, el ingenuo espejismo de que la muerte puede llegar a ser evitada. Expresiones como "mientras hay vida, hay esperanza" adquieren un sentido casi de garantía: hay que intentarlo todo porque todo es posible. En poco tiempo, los progresos técnicos, las vacunas, los antibióticos o las cirugías, unidas sobre todo a las mejoras en higiene y alimentación, elevan la esperanza de vida al nacer hasta duplicarla en sólo un siglo (al menos en los países desarrollados). El siglo XX consiguió dar más años a la vida.

Lamentablemente, con el aumento de los años de vida aparecen o se multiplican las enfermedades que llamamos degenerativas y cada vez es mayor el número de personas que las padecen y se ven obligadas a vivir entre sufrimientos crecientes cuando no en estados de deterioro mental progresivo, incluso de inconsciencia, que reducen su vida a niveles meramente vegetativos con pérdida de las funciones de relación y autoconciencia que distinguen a los seres humanos del resto de los seres vivos. Se consiguió dar más años a la vida pero no siempre más vida a los años. Este desarrollo de la medicina generó en los profesionales un entusiasmo comprensible. Por primera vez se adquirió la capacidad de influir eficazmente en el curso de las enfermedades: una apendicitis aguda dejó de ser un *cólico miserere* mediante una simple cirugía que puede practicar el cirujano más inexperto; los avances en el conocimiento de las infecciones y el desarrollo de los antibióticos terminaron con las pestes que han diezmado a la humanidad; las vacunas borran del mapa enfermedades que causaban la muerte en la edad infantil. El médico adquiere así un poder que hace más difícil renunciar a todo el arsenal terapéutico para mantener con vida a su paciente. A muchos profesionales de la salud les es difícil asumir que no todo lo que es técnicamente posible es éticamente aceptable. La creencia del médico en que su obligación es mantener la vida, unida a la capacidad real de hacerlo traen consigo el mal empleo de las tecnologías y de las técnicas de mantenimiento que se llegan a aplicar incluso sin la menor esperanza de poder evitar la muerte. Se produce lo que se conoce como encarnizamiento, obstinación o empecinamiento terapéuticos. De morir cuando Dios quería se pasó a morir cuando el médico lo permite. Desde la práctica de una medicina humanitaria, centrada en la persona enferma y no en la enfermedad, hay que rechazar el empleo de medidas de sostén que, incapaces de revertir la situación, solo tienen la finalidad de mantener a la persona en una apariencia de vida. Igualmente rechazable es a nuestro juicio la alimentación e hidratación forzadas cuando el grado de deterioro que produce la enfermedad ha llegado a impedir incluso estas funciones elementales. Pretender que estas medidas son irrenunciables por básicas es desconocer las leyes que nos asisten y nos reconocen el derecho a renunciar a cualquier actuación en el ámbito sanitario (Ley *14/1986,* General de Sanidad) y, en el fondo, una cínica manera de seguir ejerciendo el dominio sobre el paciente y su entorno afectivo. En cuanto a la dignidad del paciente, éste tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible (Tratado de Lisboa, 2007). Para nosotras, profesionales de la salud, nuestra obligación ética es permitir que la muerte ocurra cuando es inevitable sin confundir la prolongación de la vida con el alargamiento de la agonía. Es la enfermedad y no la limitación de medidas incapaces de revertir la, la causa de la muerte.

Ayudar en la muerte

Cuando un médico se encuentra ante un paciente sin curación posible a pesar de todos los recursos terapéuticos de que dispone, se enfrenta al reto más importante y difícil de su profesión. Lo cierto es que en las facultades de medicina, la muerte y la forma de afrontarla son absolutamente ignoradas. En realidad, en la práctica médica diaria no se emplea apenas el término muerte. Solemos referirnos a ella como *exitus* (de *exitusletalis* que quiere decir salida mortal). Con esta escasa formación para afrontarla, la muerte inevitable genera en el médico convencido de que su obligación es vencerla, una frustración profesional y personal que a menudo aunque cada vez menos, lleva al desentendimiento, al abandono del paciente a su suerte: *"ya no se puede hacer nada"* suele ser la frase que condena al paciente a una muerte en medio de sufrimientos que la ciencia médica ha aprendido a evitar hace años. Esta práctica inaceptable se conoce como abandono terapéutico. Todavía demasiados médicos siguen entendiendo que la prohibición hipocrática de acortar la vida está por encima de su obligación de aliviar el sufrimiento y esgrimen "razones de conciencia" para no administrar fármacos que alivien el sufrimiento final aunque fuera a costa de acortar una vida que es sólo ya agonía. Acortamiento que, por otra parte, nadie ha demostrado hasta hoy. Someter a un moribundo y a su familia a una muerte no aliviada o a una agonía prolongada durante días para evitar una posible *conducta eutanásica* no tiene a nuestro juicio justificación desde una ética profesional que debe poner por encima de todo el bienestar del paciente en el respeto a su dignidad y su libertad de elección. Nadie debería sufrir padecimientos que no desea y, como dicen expresamente las leyes de muerte digna de Andalucía, es deber del médico abstenerse de imponer criterios de actuación basados en sus propias creencias y convicciones personales, morales, religiosas o filosóficas. Sólo, algunas comunidades tienen legislada la muerte digna, estas son: Andalucía, Aragón, Navarra, Canarias y Baleares. Muchos profesionales de la salud hoy viven como una exigencia ética personal y profesional la ayuda en la muerte y entienden que el único objetivo terapéutico irrenunciable desde una ética profesional respetuosa con la dignidad del paciente y su familia, es evitar el sufrimiento no deseado. Otros siguen anclados en la ética hipocrática que coloca al médico y su moral por encima de la del paciente. Cómo muramos, depende en gran medida, de en manos de qué clase de médico tengamos que vivir nuestro final. Es a través del testamento vital o el documento de voluntades vitales anticipadas como los ciudadanos expresamos el deseo de final de vida. Existe un registro por cada Comunidad Autónoma y se está trabajando para que exista uno a nivel nacional (Ley 5/2003).

Facilitar la muerte

Por más que se empeñen algunos en defenderla, la pretendida sacralidad de la vida no desmiente el hecho de que en ocasiones la vida no resulta un bien deseable sino una condena inaceptable. Frecuentemente no es tanto el sufrimiento físico lo que hace la vida indeseable sino el sentimiento de pérdida de dignidad asociado al deterioro físico que experimenta el paciente. Aunque se pretenda ignorar o incluso justificar desde posiciones

confesionales, la realidad es que muchas personas son obligadas a vivir en situaciones clínicas que nadie en su sano juicio desearía para sí mismo y que ofenden la sensibilidad y la dignidad de quienes las contemplan. Ni desde los principios constitucionales, ni desde una deontología médica comprometida con los pacientes, ni probablemente desde posiciones religiosas, puede seguir negándosenos el control sobre la etapa final de nuestra vida. La Constitución Española proclama la libertad como el valor superior y la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad como fundamentos del orden político sin ninguna reserva respecto a ninguna etapa de la vida. Es cierto que la constitución defiende también el derecho a la vida y a la integridad física y moral pero no convierte tal derecho en una obligación de vivir y, al contrario, establece que nadie puede ser sometido a torturas, penas o tratos inhumanos o degradantes. Torturas, penas y trato inhumano y degradante al que son sometidos cientos de enfermos mantenidos en situaciones indignas contra su voluntad y la de sus legítimos representantes en nuestros centros sanitarios. La Ley de Autonomía del paciente (41/2002) reconoce el derecho a renunciar a cualquier medida terapéutica. Esta ley es válida hasta el 15 de octubre de 2015, donde se modifica el apartado en el que se detalla que en los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5 de dicha ley, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Añade además que aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del ministerio fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptaran las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Con toda convicción entendemos que una ética médica que tiene como su primera obligación el respeto a la autonomía del paciente en la toma de decisiones y la siguiente, procurarles el bien que necesitan, no puede negarse a facilitar la muerte liberadora a quien lo solicita reiterada y seriamente ante un sufrimiento que, con todo derecho, considera inaceptable. Las leyes no tienen por qué convertir en delito lo que las religiones consideran pecado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Federación Flamenca de Cuidados Paliativos de Bélgica (2003) definen los cuidados paliativos como "cuidados activos destinados a mantener la calidad de vida de pacientes con enfermedades avanzadas e incurables y a sus familiares, controlando los problemas asociados previniendo y aliviando el sufrimiento a través de un oportuno y adecuado tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

Los cuidados paliativos pediátricos son "cuidados activos totales del cuerpo, la mente y el espíritu del niño incluyendo también el apoyo a la familia. Comienzan cuando se diagnostica una enfermedad amenazante para la vida y continúan independientemente de si el niño recibe o no tratamiento de la propia enfermedad. A este respecto pueden resultar reveladoras las palabras de la Federación Flamenca de Cuidados Paliativos de Bélgica, segundo país europeo en despenalizar la eutanasia. Ellos opinan que los cuidados paliativos

y la eutanasia no son ni opciones alternativas ni se oponen la una a la otra. Asimismo creen que cuando un paciente, a pesar de recibir el mejor tratamiento posible, continúa experimentando la vida como insoportable, no existe ninguna brecha entre los cuidados paliativos proporcionados antes y la eutanasia que se aplica ahora, sino más bien lo contrario. Especialmente interesante y reveladora nos parece su descripción de la posición de dos colectivos muy importantes en el proceso de despenalización de la eutanasia: el de los paliativistas, agrupados en la Federación Flamenca de Cuidados paliativos, y el de la Iglesia Católica. En nuestra opinión, el comportamiento de estos tres colectivos en nuestro país difiere hasta ahora muy significativamente del de sus correspondientes en Bélgica, hasta el punto de considerar muy difícil que puedan desempeñar en un futuro relativamente cercano un papel ni tan siquiera permisivo del proceso legalizador de la eutanasia (AFDMD, 2012).

DISCUSIÓN

En el siglo XX, en el que nacimos, conseguimos el reconocimiento de los derechos fundamentales como personas y también como personas enfermas: derecho a consentir o rechazar un tratamiento, aunque ello origine la muerte; derecho a recibir cuidados paliativos de calidad, incluida la sedación terminal; derecho a ser representados; derecho a expresar anticipadamente nuestra voluntad entre otras. El siglo XXI, en el que moriremos, es el de la lucha por los *derechos de salida* que culminarán el proceso de autonomía personal; de ciudadanía completa. La dignidad de la vida sólo se alcanzará completamente cuando también las decisiones fundamentales sobre su proceso final, la muerte, dejen de estar en manos de otros, ya sean obispos, políticos o médicos.

Como reflexión final y después de la revisión de las normas y leyes que regulan los derechos de las personas en el proceso final de vida en España, tenemos que expresar que las leyes se quedan cortas al no contemplar la eutanasia. Además apenas se hacen públicas y muchas personas las desconocen. Al estar en este periodo de la vida si antes no se ha trabajado uno mismo el tema, nos encontramos en un estado de gran vulnerabilidad y no somos exigentes con los profesionales que nos atienden. En demasiados casos, se antepone la moral profesional a las leyes.

AGRADECIMIENTOS

A Dr. Luis Montes (presidente federal de DMD); Dr. Fernando Soler (secretario de DMD-Madrid).

REFERENCIAS

Asociación Federal pro Derecho a Morir Dignamente (AFDMD). (2012). Eutanasia en Bélgica? un modelo para España? *Revista Española de Salud Pública*, *86*(1), 1-4.

Childress, J. F., & Beauchamp, T. L. (2001). *Principles of biomedicalethics*. Oxford University Press: USA.

Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado* (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, 31229. Recuperado en 25 setiembre, 2015 de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). *Asamblea General de las Naciones Unidas.* París: ONU. Recuperado en 25 setiembre, 2015 de http://www.un.org/es/documents/udhr/

Del Estado, B. O. (1993). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.* BOE núm. 102. de 29/04/1986. Recuperado en 27 setiembre, 2015 de http://judicatura.com/Legislacion/3639.pdf

Del Estado, B. O. (2010*). Ley 2/2010 de 8 de Abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*. BOE núm. 127, 25/05/2010. Recuperado en 27 setiembre, 2015 de https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/25/pdfs/BOE-A-2010-8326.pdf

Del Estado, B. O. (2003) *Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de voluntad vital anticipada.* BOE núm. 279, 21/11/2003. Recuperado en 25 setiembre, 2015 de https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21191-consolidado.pdf

Del Estado, B. O. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. BOE núm. 274, de 15/11/2002. Recuperado en 27 setiembre, 2015 de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188

EAPC − Steering Committe e on Palliative Care in Children. (2009). Fondazione Maruzza Lfevbre D'Ovidio Onlus. 60. SANIDAD. Roma. Recuperado en 26 setiembre, 2015 de http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=earmpoHy4EY%3d&tabid=286

Europea, N. (2007). *Tratado de Lisboa por el que se modifican el tratado de la Unión Europea y el tratado constitutivo de la Comunidad Europea*, firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007 (2007/c 306/01).

European Association for Palliative. Care (n.d.). *The development of education curricula for healthcare professionals working in paediatric palliative care in Europe*. Recuperado en 22 setiembre, 2015 de http://www.eapcnet.eu/Themes/Education/Paediatricpalliativecare.aspx

Federation Palliative Care Flanders. (2003). *Dealing with euthanasia and other ways of medically assisted dying*. Wemmel, 6 September. Recuperado en 25 setiembre, 2015 de http://who.int/cancer/palliative/definition/en/

The Protection of Conscience Project. (n.d.). Dealing with eutanasia and other forms of medically assisted death. Recuperado en 22 setiembre, 2015 de http://www.consciencelaws.org/background/procedures/assist008-007.aspx

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

¿Tenemos formación suficiente para dar atención a los pacientes paliativos en hemodiálisis?

LUCIANA RAMÍREZ IMEDIO [*]
BELÉN AGLIO RAMÍREZ [**]
BELÉN PALOMARES RODRÍGUEZ [***]
VÍCTOR DE LA OSA MOLINERO [*]

La mejora en los cuidados sanitarios ha contribuido a un incremento en la esperanza de vida humana. Así, en la Unión Europea, los adultos ≥60 años suponen el 21% de la población y se estima que supondrá el 33% en el año 2050. Por tanto, este incremento progresivo de la población geriátrica tendrá no sólo impactos médicos sino también sociales y económicos (Zhou, Rakheja, YuSaxena, Varizi, & Sila, 2008).

Recientemente, uno de los problemas de salud reconocidos es la enfermedad renal crónica (ERC), que se considera como una epidemia (Levey et al., 2007). Este reconocimiento ha sido posible desde la aplicación y el modelo conceptual establecido por las Guías KDOQI/NKF (National Kidney Foundation, 2002).

En el caso de las enfermedades crónicas incurables el objetivo del tratamiento es mejorar o preservar la función evitando así una muerte prematura. Este objetivo está liderado por los cuidados paliativos (CP) definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 como un cuidado total, activo y continuado del paciente y su familia, por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación. Su objetivo primario no es prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida para el paciente y su familia. Deben, pues, cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse al proceso de duelo. La Medicina paliativa (MP) no es sinónimo de terminalidad, si bien la incluye (World Health Organisation, 1990).

Según el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de CP de la Junta de Andalucía, McNamara et al (2006) han propuesto un listado de enfermedades para estimar los pacientes que deben recibir CP. Estas son: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, la enfermedad crónica obstructiva pulmonar, enfermedad de la neurona motora/ELA, la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la enfermedad de Alzheimer, y el SIDA.

[*] Complejo Hospitalario Granada, España.
[**] Universidad de Granada, España.
[**] Hospital de Motril, Granada, España.

Estos CP deben realizarse desde la perspectiva de una atención integral, encontramos apoyo en La ley 2/2010, de 8 de Abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, más conocida como Ley de Muerte Digna de Andalucía. En su artículo 12 expresa la garantía del derecho de todas las personas a recibir CP integrales y un adecuado tratamiento del dolor en el proceso de su muerte. Asimismo, en su artículo 4 garantiza el rechazo de un tratamiento por voluntad de la persona, o la interrupción del mismo, hecho que no supondrá el menoscabo de una atención sanitaria integral y del derecho a la plena dignidad de la persona en el proceso de su muerte. Además en el artículo 21 expresa los deberes respecto a la limitación del esfuerzo terapéutico donde el médico o médica responsable de cada paciente en el ejercicio de una buena práctica clínica limitará el esfuerzo terapéutico, cuando la situación clínica lo aconseje, evitando la obstinación terapéutica. Dicha limitación se llevará a cabo oído el criterio profesional de enfermero o enfermera responsable de los cuidados y requerirá la opinión coincidente con la del médico o médica responsable de, al menos, otro médico o medica de los que participen en la atención sanitaria, quedando todo registrado en la historia clínica del paciente.

El proceso asistencial integrado de atención al paciente con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento (IRC) destaca que es el proceso por el que un paciente afecto de insuficiencia renal crónica avanzada es evaluado e incluido, si procede, en diálisis y/o lista de espera para recibir un trasplante renal de donante vivo o cadáver y seguido de manera continua con los objetivos de aumentar su supervivencia y mejorar su calidad de vida. Su terapia es la hemodiálisis, la diálisis peritoneal o el trasplante renal.

Consideramos pacientes de CP aquellos que no tienen posibilidad de trasplante renal, debiendo mantener su buena calidad de vida, entendiéndola como la satisfacción individual ante las condiciones objetivas desde los valores y las creencias personales, ya que su esperanza de vida puede durar varias décadas dependiendo de su diálisis.

La hemodiálisis es una técnica de depuración que sustituye la función renal. Para realizar dicha técnica se necesita del acceso vascular u otros métodos utilizados que llevan asociada un mayor riesgo de infecciones. En cuanto al manejo de la fistula arteriovenosa varios autores (Siddiky, Sarwar, Ahmad, & Gilbert, 2014) indican evitar medir la presión arterial y evitar extraer sangre en el brazo con la fistula. Una fístula arteriovenosa es una conexión directa entre una arteria y una vena, creada quirúrgicamente. La principal indicación de la fístula arteriovenosa creada quirúrgicamente es proporcionar un acceso para la hemodiálisis, este proceso utiliza el flujo sanguíneo del paciente para eliminar los productos de desecho de la sangre (urea, creatinina y exceso de agua). El paciente que no tiene una fístula arteriovenosa, tiene peor pronóstico de supervivencia a largo plazo que el que es portador de ella a pesar del gran desarrollo tecnológico (Gándara et al., 2007).

Actualmente, en la práctica diaria, con frecuencia observamos en nuestros pacientes actuaciones que conducen a complicaciones, como el olvido de la medicación y el desconocimiento de las normas dietéticas, son las principales causas del incumplimiento de la dieta y transgresiones que conlleva (Pascual & Andreu, 1990).

Exponemos estos datos para resaltar el objetivo general de este trabajo, que es evaluar los conocimientos de la enfermería en los servicios de urgencia hospitalaria y atención

primaria, en cuanto al cuidado y mantenimiento del acceso vascular, catéter o fistula, alimentación y su preparación, signos y síntomas de alarma en situaciones de urgencia y otros.

En cuanto a los objetivos específicos: Conocer su nivel de formación sobre la dieta, fármacos y parámetros bioquímicos de estos pacientes. Comprobar el buen manejo de la fistula y catéter permanente. Saber si estarían dispuestos a recibir formación donde sintonizar los cuidados clínicos con los CP en toda la trayectoria de estos pacientes.

Partimos de la hipótesis de que, existe déficit de formación en el personal de enfermería de la urgencia y atención primaria sobre los cuidados del paciente en hemodiálisis.

METODO

Diseño

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con abordaje cuantitativo. Este tipo de estudio tiene la finalidad de observar, describir y explorar aspectos de una determinada situación, proporcionando gran valor para la enfermería, pues profundiza en el conocimiento sobre la situación o el fenómeno investigado (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Participantes

Participaron 50 enfermeros/as, trabajadores de los servicios de urgencias de atención primaria y especializada en los centros públicos de la provincia de Granada, por ser los que más visitan estos pacientes. Los criterios de inclusión fueron: Ser enfermero/a. Estar trabajando en los servicios de urgencias de atención primaria y especializada de los centros públicos de la provincia de Granada. En cuanto a los criterios de exclusión: Estar trabajando en los servicios de nefrología o hemodiálisis. No mostrar interés en participar en el estudio.

Instrumentos

Se diseñó y aplicó un cuestionario con 20 preguntas sobre los cuidados de enfermería en el paciente de hemodiálisis. Este cuestionario consta de cuatro preguntas sobre datos demográficos y las preguntas restantes son para evaluar los cuidados de enfermería en cuanto al mantenimiento del acceso vascular, catéter o fistula, alimentación, signos y síntomas de alarma en situaciones de urgencia y otros.

Análisis de datos

Los datos fueron recolectados entre los meses de mayo a agosto de 2015 utilizando nuestro cuestionario. Los resultados se analizaron con el paquete estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

La mayoría de los participantes del estudio eran de sexo femenino (80%). En cuanto a la categoría profesional, estuvo constituida en su totalidad (100%) por Diplomados Universitarios en Enfermería. El tiempo de experiencia profesional fue un 70% de enfermeros que contaba con más de 15 años de experiencia, y un 30% que contaba con menos de 15 años de experiencia.

En relación a nuestro cuestionario sobre el conocimiento en los cuidados enfermeros para pacientes renales en hemodiálisis, se observó que un 50% de los profesionales conoce los distintos tipos de tratamiento renal sustitutorio. En cuanto a los tipos de accesos vasculares destaca que solo un 66% los reconoce, sin embargo en la pregunta de si conoce la fistula arteriovenosa el porcentaje aumenta hasta el 95% que si lo conoce. El 64% no es capaz de identificar el trill de la fístula. Se subraya que el 70% de los profesionales preguntado no sabría usar el catéter permanente en una situación de urgencia. Destaca que el 66% poseen un conocimiento inadecuado sobre la toma de la presión arterial en el brazo de la fistula del paciente. Un 30% no conoce el tipo de dieta ni los alimentos restringidos. En lo referente al conocimiento de fármacos específicos para estos pacientes, el 66% relató no conocerlos, así como las complicaciones que les lleva acudir al servicio de urgencias (44%). Hasta el 76% de los enfermeros no conocen los parámetros bioquímicos en este tipo de pacientes. Para la pregunta si estarían dispuestos a recibir formación donde sintonizar los cuidados clínicos con los CP en toda la trayectoria de estos pacientes, el 92% de estos contestaron afirmativamente.

Tabla 1

Diferencias según respuestas

Variables	SI *N* (%)	NO *N* (%)
Tipos de tratamiento	25 (50%)	25 (50%)
Concepto de Hemodiálisis	46 (92%)	4 (8%)
Accesos vasculares	33 (66%)	17 (34%)
Fístula	45 (95%)	5 (5%)
Trill Fístula	18 (36%)	32 (64%)
Catéter permanente	15 (30%)	35 (70%)
Tensión Arterial Fístula	17 (34%)	33 (66%)
Dieta	31 (62%)	19 (38%)
Cuidados Fístula	35 (70%)	15 (30%)
Medicación	17 (34%)	33 (66%)
Complicaciones	28 (56%)	22 (44%)
Desequilibrio electrolítico	29 (58%)	21 (42%)
Peso seco	34 (68%)	16 (32%)
Conocimientos enfermeros	27 (54%)	23 (46%
Parámetros bioquímicos	12 (24%)	38 (76%)
Reciclaje formativo	46 (92%)	4 (8%)

DISCUSION

Está claramente demostrado que la aplicación de los principios de los CP en el campo de la nefrología genera importantes beneficios al paciente, a la familia y a los profesionales de la salud (Leiva-Santos et al., 2012).

En cuanto a los criterios de terminalidad de enfermedad renal, Ocharan-Corcuera (2011) expone que debemos estar comprometidos no solo en prevenir y tratar la enfermedad sino también en aliviar y cuidar el sufrimiento. Destaca la necesidad de desarrollar protocolos para el control en el paciente en diálisis y poder resolver casos concretos. Explica que los CP renales optimizan el tratamiento renal sustitutivo e impacta positivamente en el paciente, su familia y el personal, por lo tanto, se trata de una labor multidisciplinaria.

Se constatan nuestros objetivos con los resultados obtenidos que muestran el alto porcentaje de profesionales que no conocen aspectos importantes ni el buen uso de la fistula y el catéter permanente, hechos que influyen en el mantenimiento de la calidad de vida de estos pacientes. Además casi la totalidad de la muestra indica que estarían dispuestos/as a recibir formación para poder sintonizar los cuidados clínicos con los CP.

Encontramos evidencia científica que apoya nuestros resultados, en el estudio realizado por Barbosa, Ferreira, Melo, Studart, Lima e Carvalho (2011) donde definían a los enfermeros/as como aquellos profesionales que prestan atención y están más involucrados en los cuidados de estos pacientes.Asimismo, autores relevantes destacan que en el manejo de la fistula arteriovenosa no se debe permitir las venopunciones ni las tomas de tensión arterial en el brazo portador de la fistula. Las extracciones de sangre se harán a través de la otra extremidad. (Gándara, Cuadrado, Sainz, Sánchez, Cepa, Peiro et al., 2007).

Se constata que algo no se está haciendo bien, puesto que estos pacientes vivirán muchos años, y dependen de esta técnica para sobrevivir. Por ello, es necesario justificar que se les atienda con mayor conocimiento de cuidados en todos los servicios que visitan. Así lo avalan estudios como el que llevaron a cabo Barbosa et al. (2011) donde concluían la necesaria participación de los enfermeros/as en cursos de actualización y entrenamientos frecuentes, ya que están directamente ligados a los cuidados con el paciente. Además, los profesionales de enfermería deberían disponer de métodos que le permitan informar y adiestrar al paciente mientras lo atienden (Pascual & Andreu, 1990).

Es de vital importancia la necesidad de humanizar la atención de estos pacientes. Dentro de la intervención en CPR debemos prestar atención a determinadas situaciones clínicas de alto impacto emocional que pueden generar dificultades en la toma de decisiones compartida, tales como la retirada de diálisis o el no inicio de ésta, entre otras. Sabemos que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. La bioética moderna está basada en el desarrollo de los cuatro principios fundamentales (No maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia) que deben ser dominio del clínico que asiste a todo tipo de pacientes (Leiva-Santos et al., 2012).

Concluimos que en la atención al paciente renal crónico, un enfoque con mayor formación puede suponer un provechoso impacto en la calidad de vida del paciente y su

familia, además de optimizar el complejo tratamiento nefrológico del paciente. Virginia Henderson (1897-1996) dijo que para tener salud era necesario disponer de información. Puesto que no se puede tener salud, si no se sabe cómo conservarla, mantenerla o recuperarla.

La toma de decisiones se debe basar en la autonomía del paciente, la determinación de los límites en las pruebas diagnósticas y estrategias terapéuticas y el documento de voluntades vitales anticipadas y su registro. La importancia de la comunicación con la familia se determina por un protocolo de escucha, el cual facilita la información del paciente escuchando activamente a los familiares, los acomoda con nuevas preguntas, por lo tanto, debe ser estilo asertivo. Debido a que la terapia de diálisis es parcial, con limitaciones y que la expectativa de vida de los pacientes está acortada, por ello, los CP son relevantes para los pacientes con insuficiencia renal, pues les permite aliviar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida (Ocharan-Corcuera, 2011).

REFERÊNCIAS

Barbosa, I. V., Maia, S. F., Melo, E. M., Studart, R. M. B., Lima, F. E. T., &Carvalho, Z. M. F. (2011). Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la eritropoyetina. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 45*(3), 617-623.

Gándara, M., Cuadrado, M.E., Sainz, A. R. A., Sánchez, C. S., Cepa, G. H., Peiro, S. S., . . . & Alonso, N. R. (2007). El acceso vascular: Primera preocupación de enfermería. En: Comunicaciones presentadas al XXXII Congreso Nacional Seden 2007. [En línea] [fecha de acceso: 22 de septiembre de 2015]. Recuperado en 22 setiembre, 2015 de http://www.revistaseden.org/files/ 2052_113 [2].pdf

Levey, A. S., Atkins, R., Coresh, J., Cohen, E. P., Collins, A. J., Eckardt, K. U., . . . & Eknoyan, G. (2007). Chronickidneydisease as a global public health problem: Approaches and initiatives – A position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney international*, *72*(3), 247-259.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre. (2002, 14 de noviembre). Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002. Recuperado en 23 setiembre, 2015 de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188

Leiva-Santos, J. P., Sánchez-Hernández, R., García-Llana, H., Fernández-Reyes, M. J., Heras-Benito, M., Molina-Ordas, Á., . . . & Álvarez-Ude, F. (2012). Cuidados de soporte renal y cuidados paliativos renales: Revisión y propuesta en terapia renal sustitutiva. *Nefrología* (Madrid), *32*(1), 20-27.

McNamara, B., Rosenwax, L. K., & Holman, C. D. (2006). How to estimate the palliative care population. *Journal of Pain and Symptom Management*, *32*(1), 5-12.

National Kidney Foundation (K/DOQI). (2002). Clinical practice guide lines for chronic kidney disease: Evaluation, clasification, and stratification. *Am J Kidney Dis*, *39*, S1-S266.

Ocharan-Corcuera, J. (2011). *Cuidados paliativos en enfermedad renal crónica*. VI Congreso nefrología en Internet. España. Recuperado en 24 setiembre, 2015 de http://trabajos.cin2011.uninet.edu/345/ocharan.pdf

Pascual, R., & Andreu, L. (1989). Programa de educación sanitaria del paciente en hemodiálisis. *Comunicación XV Congreso SEDEN*. 115-126

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Proceso Asistencial Integrado. (2005). *Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica: Diálisis y trasplante renal*. Junta de Andalucía (1ª ed., p. 13). Depósito legal: S512-2005.

Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos. (2007). Junta de Andalucía (2ª ed., p. 71). ISBN: 978-84-690-9923-0. Depósito legal: S1621-2007.

Siddiky, A., Sarwar, K., Ahmad, N., & Gilbert, J. (2014). Management of arteriovenous fistulas. *BMJ*, *349*, 6262-7249.

World Health Organisation. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Technical report, Series 804. Geneva: World Health Organisation.

Zhou, X. J., Saxena, R., Liu, Z, Vaziri, ND, & Silva, F. G. (2008). Renal senescence in progress and challenges. *Int Urol Nephrol, 40*, 823-839.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Consumo de substâncias psicoativas nos estudantes de medicina da UBI e perceção do risco associado

LUÍS DUARTE (*)
PAULO D. VITÓRIA (**)

Os jovens, em particular os estudantes universitários, constituem pelas mais variadas razões, um grupo de risco no que concerne ao consumo de substâncias psicoativas (Loureiro, Mcintyre, Mota-Cardoso, & Ferreira, 2008). Por substância psicoativa entende-se qualquer substância química que altere o funcionamento do sistema nervoso central e influencie o comportamento, a consciência, a perceção e/ou o humor do indivíduo (World Health Organization, 2004). Nas substâncias psicoativas incluem-se, entre outras, o álcool, o tabaco, o cannabis e os tranquilizantes.

Os estudantes universitários constituem uma secção da população jovem que, em virtude dos conhecimentos adquiridos, muito provavelmente pertencerá à elite do futuro. É importante frisar que apesar do consumo de substâncias psicoativas efetuado pelos jovens universitários ser feito habitualmente com conhecimento acerca dos efeitos adversos do consumo dessas substâncias (Kramarová, Klusonová, Petrelli, & Grappasonni, 2011), esses consumos terão consequências a nível da saúde individual e colocam em risco a saúde e a segurança de terceiros. Se os jovens universitários, enquanto cidadãos, não forem capazes de proteger a sua saúde através da redução ou eliminação do consumo nefasto de substâncias psicoativas, não estarão em sentido lato a ter uma atitude responsável no que à promoção da saúde diz respeito.

A perceção do risco constitui um processo cognitivo através do qual os indivíduos atribuem características positivas ou negativas a determinado comportamento ou evento (Bejarano et al., 2011). A perceção do risco influencia deste modo os comportamentos e atitudes relativamente ao consumo de substâncias psicoativas.

Estes aspetos acentuam a relevância de caracterizar o consumo de substâncias psicoativas e a perceção do risco associado numa população particular de estudantes universitários, os estudantes de Medicina. Este grupo de estudantes possui à partida mais conhecimento e formação no que diz respeito às substâncias psicoativas, nomeadamente

(*) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
(**) CIS-IUL, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.

relativamente aos seus efeitos nocivos. Assim, será interessante investigar se mais conhecimento se associa a comportamentos mais saudáveis.

MÉTODO

Amostra

A população dos estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior matriculados no ano letivo 2014/2015 é composta por 865 alunos. Do total dos estudantes, 277 (32%) responderam ao questionário que lhes foi enviado, constituindo assim a amostra deste estudo.

Recolha de Dados

A recolha dos dados foi efetuada através de um questionário aplicado online de autopreenchimento que foi enviado por email. O questionário incluiu questões para caracterização sociodemográfica da amostra, questões sobre o consumo de substâncias psicoativas e sobre a perceção do risco relativamente ao consumo de substâncias psicoativas.

A caracterização do consumo de substâncias psicoativas foi efetuada através da elaboração das mesmas questões que foram realizadas no estudo "Consumos e Estilos de Vida no Ensino Superior: o caso dos estudantes da ULisboa 2012" (Alcântara da Silva et al., 2015) para a avaliação do consumo de substâncias lícitas e ilícitas. A caracterização da perceção do risco relativamente ao consumo de substâncias psicoativas foi realizada através da aplicação do questionário de avaliação da perceção do risco associada ao uso de drogas ("Perception of risks associated with drug use"). Este questionário encontra-se disponível no site da EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (EMCDDA, n.d.) e foi traduzido para ser aplicado neste estudo.

RESULTADOS

Consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo

O consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, bebidas espirituosas/destiladas ou outra bebida com teor alcoólico) varia em função do sexo [$\chi^2(3)=14{,}22$, $p=0{,}003$], sendo superior no sexo masculino (Quadro 1).

Quadro 1

Consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo

	Consumo de bebidas alcoólicas				
	Não, nunca bebi	Sim, experimentei 1 ou 2 vezes	Sim, bebi de forma ocasional	Sim, bebi regularmente	Total
Masculino % (*N*)	1,2% (1)	10,8% (9)	67,5% (56)	20,5% (17)	100% (83)
Feminino % (*N*)	6,7% (13)	10,8% (21)	75,8% (147)	6,7% (13)	100% (194)
Total % (*N*)	5,1% (14)	10,8% (30)	73,3% (203)	10,8% (30)	100% (277)

Nota. $\chi^2(3)=14{,}22$, $p=0{,}003$.

Consumo de cannabis em função do sexo

O consumo cannabis (marijuana/erva ou haxixe/chamon) varia em função do sexo [$\chi^2(3)=23{,}68$, $p<0{,}001$), sendo superior no sexo masculino (Quadro 2).

Quadro 2

Consumo de cannabis em função do sexo

	Consumo de cannabis				
	Não, nunca consumi	Sim, experimentei 1 ou 2 vezes	Sim, consumi de forma ocasional	Sim, consumi regularmente	Total
Masculino % (*N*)	49,4% (41)	24,1% (20)	16,9% (14)	9,6% (8)	100% (83)
Feminino % (*N*)	72,7% (141)	14,4% (28)	12,4% (24)	0,5% (1)	100% (194)
Total % (*N*)	65,7% (182)	17,3% (48)	13,7% (38)	3,2% (9)	100% (277)

Nota. $\chi^2(3)=23{,}68$, $p=0{,}001$.

Consumo de tranquilizantes e hipnóticos em função do sexo

O consumo de tranquilizantes e hipnóticos varia em função do sexo [$\chi^2(3)=16{,}10$, $p=0{,}001$], sendo superior no sexo feminino (Quadro 3).

Quadro 3

Consumo de tranquilizantes e hipnóticos em função do Sexo

	Consumo de tranquilizantes e hipnóticos (com ou sem indicação médica)				
	Não, nunca tomei	Sim, tomei 1 ou 2 vezes	Sim, tomei de forma ocasional	Sim, tomei regularmente	Total
Masculino % (*N*)	84,3% (70)	8,4% (7)	3,6% (3)	3,6% (3)	100% (83)
Feminino % (*N*)	60,8% (118)	13,4% (26)	17% (33)	8,8% (17)	100% (194)
Total % (*N*)	67,9% (188)	11,9% (33)	13% (36)	7,2% (20)	100% (277)

Nota. $\chi^2(3)=16{,}10$, $p=0{,}001$.

Consumo de tranquilizantes e hipnóticos através de indicação médica

No grupo de estudantes que alguma vez consumiu tranquilizantes ou hipnóticos, 23,6% fê-lo sem indicação médica e 64% por indicação médica. Os restantes 12,4% fizeram-no em ambas as situações, ou seja, consumiram tranquilizantes e hipnóticos com e sem indicação médica (Quadro 4).

Quadro 4

Consumo de tranquilizantes e hipnóticos através de indicação médica

		N	%
Válido	Sim, por indicação médica	57	20,6%
	Não, sem indicação médica	21	7,6%
	Ambas as situações	11	4,0%
	Total	89	32,1%
Ausente	Sistema	188	67,9%
Total		277	100,0%

Perceção do risco em função do consumo de substâncias psicoativas

A perceção do risco relativamente ao comportamento "fumar cigarros ocasionalmente" varia em função do consumo de tabaco (teste Exato de Fisher=36,64, $p<0,003$). Quanto maior o consumo de tabaco menor é a perceção do risco relativamente ao comportamento "fumar cigarros ocasionalmente" e vice-versa (Quadro 5).

A perceção do risco relativamente ao comportamento "consumir marijuana ocasionalmente" varia em função do consumo de cannabis (marijuana), teste Exato de Fisher=50,01, $p<0,001$, sendo inversamente proporcional ao consumo de cannabis (Quadro 6).

Relativamente ao comportamento "fumar cigarros ocasionalmente", 0,4% dos inquiridos atribui "nenhum risco" a este comportamento, valor este que é inferior ao obtido entre os estudantes que atribuem "nenhum risco" ao comportamento "fumar marijuana ocasionalmente" (6,1%). No mesmo sentido, 23,5% atribui "baixo risco" ao comportamento "fumar cigarros ocasionalmente" e 35% "baixo risco" ao comportamento "fumar marijuana ocasionalmente".

Perceção do risco em função do sexo

A perceção do risco relativamente ao comportamento "consumir marijuana ocasionalmente" varia em função do sexo $\chi^2(4)=15,14$, $p=0,004$. As raparigas atribuem maior perceção de risco ao consumo ocasional de cannabis comparativamente aos rapazes (Quadro 7).

Quadro 5

Perceção do risco associado ao consumo de tabaco ocasional em função do consumo de tabaco

		Fumar cigarros ocasionalmente					
		Nenhum risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco elevado	Difícil dizer/Não sei	Total
Tabaco % (*N*)	Não, nunca fui fumador	0% (0)	19,6% (41)	53,6% (112)	26,8% (56)	0% (0)	75,5% (209)
	Não, mas já fui fumador	0% (0)	50% (8)	18,8% (3)	31,3% (5)	0% (0)	5,8% (16)
	Sim, fumo ocasionalmente	0% (0)	36% (9)	40% (10)	20% (5)	4% (1)	9% (25)
	Sim, fumo menos de 10 cigarros por dia	4,5% (1)	31,8 % (7)	36,4% (8)	27,3% (6)	0% (0)	7,9% (22)
	Sim, fumo 10 ou mais cigarros por dia	0% (0)	0% (0)	100% (5)	0% (0)	0% (0)	1% (5)
Total		0,4% (1)	23,5% (65)	49,8% (138)	26% (72)	0,4% (1)	100% (277)

Nota. Teste Exato de Fisher=36,64 (valor do teste estatístico), $p<0,003$.

Quadro 6

Perceção do risco associado ao consumo ocasional de cannabis (marijuana) em função do consumo de cannabis

		Consumir marijuana ocasionalmente					
		Nenhum risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco elevado	Difícil dizer/Não sei	Total
Cannabis % (*N*)	Não, nunca consumi	2,2% (4)	26,4% (48)	44% (80)	24,7% (45)	2,7 % (5)	65,7% (182)
	Sim, experimentei 1 ou 2 vezes	10,4% (5)	52,1% (25)	27,1% (13)	10,4% (5)	0% (0)	17,3% (48)
	Sim, consumi de forma ocasional	15,8% (6)	47,4% (18)	36,8% (14)	0% (0)	0% (0)	13,7% (38)
	Sim, consumi regularmente	22,2% (2)	66,7% (6)	11,1% (1)	0% (0)	0% (0)	3,3% (9)
Total		6,1% (17)	35,0% (97)	39,0% (108)	18,1% (50)	1,8% (5)	100% (277)

Nota. Teste Exato de Fisher=50,01 (valor do teste estatístico), $p<0,001$.

Quadro 7

Perceção do risco associado ao consumo ocasional de Cannabis em função do sexo

	Consumir marijuana ocasionalmente					
	Nenhum risco	Baixo risco	Risco moderado	Risco elevado	Difícil dizer/ Não sei	Total
Masculino % (*N*)	9,6%(8)	48,2% (40)	30,1% (25)	12% (10)	0% (0)	100% (83)
Feminino % (*N*)	4,6% (9)	29,4% (57)	42,8% (83)	20,6% (40)	2,6% (5)	100% (194)
Total % (*N*)	6,1% (17)	35% (97)	39% (108)	18,1% (50)	1,8% (5)	100% (277)

Nota. $\chi^2(4)=15{,}14$, $p=0{,}004$.

DISCUSSÃO

O consumo de bebidas alcoólicas e de cannabis varia em função do sexo, sendo superior no sexo masculino. O consumo de tranquilizantes e hipnóticos varia igualmente em função do sexo, mas no consumo deste tipo de substâncias psicoativas a prevalência de consumo é superior no sexo feminino.

O valor de prevalência obtido entre os estudantes que consomem tranquilizantes e hipnóticos sem ser por indicação médica pode dever-se ao maior conhecimento dos estudantes de Medicina sobre as indicações para o uso destas substâncias e pela maior facilidade de aquisição. Contudo, seria interessante analisar o período de tempo que os estudantes consomem benzodiazepinas, especialmente aqueles que o fazem não recorrendo a indicação médica, uma vez que estas devem ser usadas por curtos períodos de tempo, devido ao desenvolvimento de tolerância (Gonçalves, 2011).

A perceção do risco varia em função do consumo de substâncias psicoativas. Quanto maior o consumo, menor é a perceção do risco associado ao consumo dessa mesma substância e vice-versa (Bejarano et al., 2011; Merrill, 2015; Ruiz-Olivares, Lucena, Pino, & Herruzo, 2010). Neste estudo esta circunstância também se verifica, dado que na amostra em estudo quanto maior é a perceção do risco associada ao "consumo ocasional de tabaco", menor é o consumo de tabaco e vice-versa. O mesmo se verifica na perceção do risco associado ao consumo ocasional de cannabis em função do consumo de cannabis.

O facto de os estudantes atribuírem menor perceção de risco ao comportamento "fumar marijuana ocasionalmente" comparativamente ao comportamento "fumar cigarros ocasionalmente" pode dever-se ao elevado número de aulas sobre tabagismo que o currículo de Medicina na UBI possui. Contudo, este não será o único fator envolvido, uma vez que resultados semelhantes foram obtidos num estudo realizado com estudantes de diversas áreas de formação na Universidade de Lisboa em 2012 (Alcântara da Silva et al., 2015).

A perceção do risco relativamente ao comportamento "consumir marijuana ocasionalmente" varia em função do sexo. As raparigas atribuem maior perceção de risco ao consumo ocasional de cannabis comparativamente aos rapazes.

Tendo as faculdades de ciências da saúde em sentido lato como uma das suas funções a promoção da saúde (Loureiro, Miranda, & Pereira Miguel, 2013), sugere-se que no futuro sejam efetuados estudos em várias instituições para aprofundar os conhecimentos sobre os fatores associados ao consumo de substâncias psicoativas nos estudantes universitários, de modo a que possam ser aplicadas medidas preventivas eficazes.

O estudo realizado é descritivo e transversal, o que por si só pode constituir uma limitação, por não ser possível estabelecer a direção das relações estudadas e por não ter em conta possíveis alterações que possam ocorrer ao longo do tempo. Outra limitação do estudo é que os dados recolhidos não podem ser generalizados a outras populações.

REFERÊNCIAS

Alcântara da Silva, P., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2015). *Consumos e estilos de vida no ensino superior: O caso dos estudantes da ULisboa-2012*. (SICAD, Ed.). Retrieved from http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/154/Monografia.pdf

Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Cadenas, N., Marco, M. De, Hynes, M., & Cumsille, F. (2011). Perception of risk and drug use: An exploratory analysis of explanatory factors in six Latin American countries. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, *1*(1), 9-17.

EMCDDA. (n.d.). Perception of risks associated with drug use. Retrieved from http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index3461EN.html

Gonçalves, J. R. P. (2011). *Renovação da prescrição sem consulta médica de benzodiazepinas*. Covilhã. Retrieved from http://hdl.handle.net/10400.6/948

Kračmarová, L., Klusonová, H., Petrelli, F., & Grappasonni, I. (2011). Tobacco, alcohol and illegal substances: Experiences and attitudes among Italian university students. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *57*(5), 523-528.

Loureiro, E., Mcintyre, T., Mota-Cardoso, R., & Ferreira, M. A. (2008). A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Medica Portuguesa*, *21*(1-3), 209-214.

Loureiro, I., Miranda, N., & Pereira Miguel, J. M. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: Refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *31*(1), 23-31.

Merrill, R. M. (2015). Use of marijuana and changing risk perceptions. *American Journal of Health Behavior*, *39*(3), 308-317.

Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psychology, Society, & Education*, *2*(1), 25-37.

World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and Dependence. *Addiction*, *99*(10), 1361-1362.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Programa de atividade física no bem-estar pessoal em doentes com esclerose múltipla

LUÍSA PEDRO [*]
JOSÉ PAIS-RIBEIRO [**]
JOÃO PÁSCOA PINHEIRO [***]

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crónica neurológica degenerativa sem cura (Compston & Coles, 2001; Grima et al., 2006; Henze, 2005; Kesselring, 2003; MSIF, 2011). A multiplicidade de sintomas, que podem emergir como resultado da EM, mostra que as consequências físicas, cognitivas e psicossociais desta doença são, com frequência, muito abrangentes, variáveis e complexas. Cerca de 50 % dos doentes necessita de utilizar uma ajuda técnica para a marcha 15 anos após o início da doença. A mobilidade é só um dos aspetos da vida diária que pode ser afetado. Destes doentes, 80% reforma-se prematuramente como consequência da sua condição física; 25% necessita de assistência pessoal diária para continuar a viver em sua casa; 26% não tem condições de acessibilidade com cadeira de rodas aos locais a que necessita aceder e 44% tinha meios de transporte desajustados (Ebers, 2003). Embora existam terapias que podem impedir a progressão da doença, centenas de milhares de doentes por todo o mundo ainda ficam com lesões neurológicas residuais com as consequentes deficiências associadas, necessitando assim de estratégias de reabilitação globais, que permitam a participação ativa dos indivíduos no tecido social.

A presença de alterações psicológicas em pessoas com EM tem sido descrita ao longo do tempo, nomeadamente os sintomas de ansiedade e depressão. Estima-se que 50% das pessoas com EM tem sintomas de depressão (Siegert & Abernethy, 2005), com implicações prováveis na sua Qualidade de Vida (QoL). A depressão relacionada com a EM está muitas vezes associada a sintomas como: tristeza, perda de interesse pelas coisas, problemas de sono, fadiga, agitação psicomotora, perda de apetite ou obesidade, alterações na autoimagem, sentimentos de culpa, alterações de concentração e pensamentos suicidas. Estes autores preconizam que a depressão na EM aumenta o risco de suicídio, especialmente nos indivíduos jovens de sexo masculino, que sejam socialmente isolados e tenham problemas de alcoolismo (Chang & Farrehi, 2001; Chang & Sanna, 2001).

Alguns estudos evidenciam os efeitos positivos da atividade física e do exercício integrado nas rotinas diárias do indivíduo, no sentido de promover o bem-estar através do aumento da atividade física diária, nos hábitos da vida diária ou através de práticas de exercício supervisionadas por terapeutas (DeBolt & McCubbin, 2004; Motl et al., 2005; Rampello et

[*] ESTESL-IPL, Portugal
[**] FPCE-UP/UIPES, Portugal
[***] FMUC/CHUC, Portugal

al., 2007). O objetivo deste estudo é analisar as implicações de um programa de intervenção de promoção para atividade física (PIPA) no bem-estar pessoal em doentes com EM.

MÉTODO

Participantes

Este estudo é quase experimental e incluiu uma amostra consecutiva de 27 pacientes com EM. A amostra foi realizada através de três grupos de intervenção, um grupo de intervenção foi dinamizado aa Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM), delegação de Lisboa, constituído por 8 elementos, outro grupo foi realizado na SPEM, delegação do Porto, constituído por 11 pessoas e outro grupo foi dinamizado no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Hospital da Universidade de Coimbra (HUC), constituído por 8 pessoas.

Relativamente às características da nossa amostra, verificou-se (Quadro 1): dos 27 participantes, 58,3% são mulheres, com uma idade média de 44,75 anos (*DP*=10,71), com escolaridade *M*=12,50, *DP*=5,71. Do total, 37,5% são casados e a maioria (66,7%) estão reformados e 45,8% vive com os pais. Relativamente ao tempo desde o diagnóstico registou-se uma média de 7,21 anos e cerca de 52,1% tiveram um surto no último ano.

Quadro 1

Características da Amostra (n=27)

		%	*M*	Variação
	Fem.	58,3%		
	Masc.	41,7%		
Idade			44,75	29-70
Escolaridade			12,50	4-20
Estado civil	Casado(a)	37,5%		
	Solteiro(a)	29,2%		
	Divorciado(a)	25,0%		
	Viúvo(a)	8,3%		
Profissão	Trabalhador(a)	25,0%		
	Reformado(a)	66,7%		
	Desempregado(a)	8,3%		
Com quem vive	Cônjuge	12,5%		
	Cônjuge e/ou Filho	25,0%		
	Pais	45,8%		
	Sozinho(a)	16,7%		
Anos Diagnóstico			7,21	0,5-25

Instrumentos

O material utilizado foi: um Questionário demográfico (idade, sexo, profissão, estado civil, escolaridade), variáveis de doença (anos de diagnóstico) e uma escala de bem-estar pessoal desenvolvido por Pais-Ribeiro e Cummins (2008). Esta escala foi aplicada no início do programa de intervenção (T-A), no final do programa (T-B) e seis meses após o fim do programa (T-C).

Procedimento

No procedimento seguimos um programa de intervenção para a promoção da atividade física (IPPA) que foi aplicado num grupo de 8 a 10 pessoas com EM, durante 7 sessões semanais com cerca de 90 minutos. Cada sessão foi dinamizada em de 3 partes distintas. A primeira parte teve como objetivo dinamizar em grupo uma discussão acerca de uma temática que reflita incapacidade ou limitação à atividade física, bem como a discussão de estratégias para minimizar essas limitações. Numa segunda parte, realiza-se uma sessão de exercícios, associados à temática que foi dinamizada anteriormente. Numa terceira parte pede-se aos participantes que estabeleçam estratégias individuais que serão realizadas até à próxima sessão.

Cada sessão pretende desenvolver uma temática importante para o grupo, relacionada com a promoção da atividade física, numa perspetiva holística de dinâmica de grupo, onde são abordados os aspetos físico-funcionais, os aspetos psicológicos e os aspetos de interações sociais, de forma a promover a implementação de estratégias de eficácia pessoal para alcançar objetivos.

Os aspetos físicos que são desenvolvidos ao longo das sessões, através de um conjunto de exercícios apropriados para esta população, vão ao encontro dos estudos para a promoção a atividade física em população com EM (DeBolt & McCubbin, 2004; Mitchell, 2005; Motl et al., 2005; Rampello et al., 2007). No final do programa de intervenção, pretendeu-se que os indivíduos com EM tivessem adquirido estratégias específicas para melhorar a sua atividade física, de forma a melhorar o seu bem-estar.

RESULTADOS

Para a análise de resultamos usamos o teste de Wilcoxon para comparar o bem-estar pessoal entre os momentos de avaliação. Obtivemos resultados com diferenças estatisticamente significativas entre a (T-A) e (T-B) (Quadro 2) com alterações positivas, contudo entre (T-B) e (T-C) (Quadro3), não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas.

Quadro 2

Comparação dos PIPA nos 2 momentos (T-A) e (T-B), para a BEP

BEP	Pré-PIPA *Md*	Pós-PIPA *Md*	*Z*	*p*
	35,00	41,00	3,77	<0,001***

Nota. BEP – Escala de Bem-Estar Pessoal.

Através da leitura do Quadro 2, verificamos que existem diferenças significativas, relativamente à perceção de bem-estar pessoal entre os dois momentos de avaliação, demonstrando que o PIPA tem impacto positivo na população com EM.

Quadro 3

Comparação dos PIPA nos 2 momentos (T-B) e (T-C), para a BEP

BEP	Pré-PIPA *Md*	Pós-PIPA *Md*	*Z*	*p*
	30,00	28,00	-2,97	0,03

Nota. BEP – Escala de Bem-Estar Pessoal.

Através dos resultados apresentados no Quadro 3 verificamos que não existem diferenças significativas, relativamente à perceção de bem-estar pessoal entre os dois momentos de avaliação, demonstrando que o PIPA, entre o final do programa de intervenção e 6 meses após a intervenção tem impacto positivo na população com EM.

DISCUSSÃO

A nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres jovens com nível de escolaridade médio/superior com vida profissional ativa. Esta amostra encontra-se dentro dos padrões encontrados por outros investigadores que realizaram estudos sobre populações com esclerose múltipla (Compston & Coles, 2002; Henze, 2005; Kesselring, 2003; MSIF, 2011).

Relativamente ao bem-estar pessoal, houve melhorias no final da implementação do programa de intervenção, evidenciando a importância positiva da promoção da atividade física no bem-estar em doentes com EM. Nos estudos desenvolvidos por Mitchel et al. (2005), é demonstrada a importância dos fatores físicos e psicológicos no bem-estar dos doentes com EM. Também nos trabalhos de Chang e Sanna (2001) e Chang e Farrehi

(2001) evidencia-se a importância do bem-estar pessoal na prevenção da progressão da doença.

Os resultados sugerem que o PIPA mostra-se eficaz na promoção do bem-estar pessoal em doentes com EM durante o tempo em que o programa decorreu. Contudo, em folow-up não são obtidos resultados satisfatórios, sugerindo que o programa deverá ter um maior tempo de intervenção.

REFERÊNCIAS

Compston, A., & Coles, A. (2002). Multiple Sclerosis. *Lancet, 359,* 1221-1231. doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08220-X

Chang, E., & Farrehi, A. (2001). Optimism/pessimism and information-processing styles: Can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment? *Personality and Individual Differences, 31,* 555-562. doi.org/10.1016/S0191-8869%2800%2900159-8

Chang, E., & Sanna, L. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging, 16*, 524-531. doi: 10.1037/0882-7974.16.3.524

DeBolt, L. S., & McCubbin, J. A. (2004). The effects of home-based resistance exercise on balance, power, and mobility in adults with multiple sclerosis. *Archives Physical Medicine Rehabilitation, 85*, 290-297. doi: 10.1016/j.apmr.2003.06.003

Ebers, G. (2003). Blue books of pratical neurology multiple sclerosis-2. In W. McDonald & J. Noseworthy (Eds.), *Natural history of multiple sclerosis* (pp. 21-32). Butterworth-Heinemann (USA).

Grima, D. T., Torrance, G. W., Francis, G., Rice, G., Rosner, A. J., & Lafortune, L. (2006). Cost and health related quality of life consequences of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 6,* 91-98. doi: 10.1177/135245850000600207.

Henze, T. (2005). Managing specific symptoms in people with multiple sclerosis. *The International Multiple Sclerosis Journal, 12,* 60-68. doi: 10.3109/09540261003589521

Kesselring, J. (2003). Blue books of pratical neurology multiple sclerosis-2. In W. McDonald & J. Noseworthy (Eds.), *Complications of multiple sclerosis: Fatigue*; *spasticity; ataxia; pain; and bowel, bladder, and sexual dysfunction* (pp. 217-302). Butterworth-Heinemann (USA).

Mitchell, A., Léon, J., Gonzalez, J., & Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neurology, 4*, 556-566. doi: 10.1016/j.jns.2009.11.004.

Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., Motl, R. W., McAuley, E., & Snook, E. M. (2005). Physical activity and multiple sclerosis: A meta-analysis. *Multiple Sclerosis, 11*, 459-463. doi: 10.1191/1352458505ms1188oa.

Multiple Sclerosis International Federation (MSIF). (2011). Available from http://www.msif.org/language_choice.html (accessed November 2011)

Pais Ribeiro, J., & Cummins, R. (2008) O bem-estar pessoal: estudo de validação da versão portuguesa da escala. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 505-508). Lisboa: ISPA.

Rampello, A., Franceschini, M., Piepoli, M., Antenucci, R., Lenti, G., Olivieri, D., & Chetta, A. (2007). Effect of aerobic training on walking capacity and maximal exercise tolerance in patients with multiple sclerosis: A randomized crossover controlled study. *Physical Therapy, 87*, 545-555. doi: 10.2522/ptj.20060085.

Siegert, R. J., & Abernethey, D. A. (2005). Depression in multiple sclerosis: A review. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry, 76*, 469-475. doi: 10.1136/jnnp.2004.054635

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Grupos de suporte – A experiência do grupo acolhida da casa do Brasil de Lisboa

LYRIA MARIA DOS REIS (*)
CYNTIA DE PAULA (**)
ANGELA CARNEIRO (***)

As migrações internacionais são um importante fenómeno no mundo contemporâneo no qual Portugal se insere. As pessoas quando mudam de país passam por um processo de adaptação que pode ser mais ou menos facilitado dependendo de diversos aspetos e também das condições vividas no país de acolhimento. Nesta comunicação falaremos brevemente sobre as migrações no mundo e em Portugal; sobre a Casa do Brasil de Lisboa (CBL) e o Grupo Acolhida, atividade desenvolvida na CBL ao longo dos últimos 3 anos. Apresentaremos resultados do trabalho desenvolvido e algumas conclusões.

Migrações em Portugal

A experiência da migração como fenómeno cultural, social, económico, geográfico e político é complexa e transversal na história da humanidade. No mundo contemporâneo o deslocamento humano é tão significativo que mais de 232 milhões de pessoas são migrantes internacionais (UNGA, 2013), número que aumenta mais rapidamente do que a própria população mundial (Corsini, 2007; Ramos, 2008).

Em toda a sua história Portugal tem sido um país marcado pelas migrações, tanto internas como internacionais. Até aos anos 1960 o saldo migratório no país foi negativo e muitos/as portugueses/as deixaram Portugal buscando diversos países pelo mundo como destino para residência. Após esse período, a emigração de portugueses/as diminuiu e a partir dos anos 1970 diversos grupos imigrantes começaram a entrar em Portugal. Houve também um grande retorno de portugueses/as que viviam nas antigas colônias portuguesas em África. Atualmente vivem no país 395.195 estrangeiros/as, de diversos grupos étnico-culturais e de diversas nacionalidades, com situação regularizada junto ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) sendo que 51,5% são mulheres (SEF, 2014) e 84% dos/as estrangeiros/as residentes estão em idade economicamente ativa e maioritariamente na faixa etária dos 20 aos 39 anos de idade.

(*) Centro de estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta, Lisboa, Portugal.
(**) Associação de Imigrantes Casa do Brasil de Lisboa, Lisboa, Portugal.
(***) Grupo Entre-Redes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ, Rio de Janeiro, Brasil.

Com a crise económica iniciada em 2008 Portugal também tem experimentado um grande fluxo de emigração. Contudo, mais recentemente o país tem vivenciado um movimento imigratório com o crescimento de outros grupos étnico-culturais, originários principalmente da Ásia, que têm chegado ao país nos últimos anos e também de uma continuidade da chegada de brasileiros e brasileiras que pretendem viver em Portugal.

O processo migratório imprime uma mudança nas regras de vida social, substituem-se as noções de permanência e residência. Surgem novas articulações transnacionais, transculturais, e os fluxos migratórios são cada vez mais intensos, necessários, velozes e complexos (Corsini, 2007; Ramos, 2004, 2008). As migrações contemporâneas, nomeadamente as internacionais, são processos complexos que envolvem diversos fatores que influenciam profundamente a vida dos/as migrantes e que vão exigir uma grande capacidade de resiliência e de adaptação à nova realidade vivenciada (Ramos, 2004, 2006, 2008; Reis, 2013; Reis & Ramos, 2013).

A construção de referenciais para integração aos novos espaços no país de acolhimento é uma tarefa que exige uma grande capacidade de adaptação e que pode ser facilitado com a ajuda de uma rede que dê suporte a tantas mudanças. Essa rede pode ser constituída por grupos de apoio tais como os grupos de ajuda mútua que contribuem principalmente para atenuar as dificuldades e potencializar uma negociação justa e eficaz, as possibilidades de trocas de experiências mútuas e de ganhos para todos os participantes e envolvidos.

Casa do Brasil de Lisboa

A Casa do Brasil de Lisboa (CBL) é uma associação de imigrantes fundada oficialmente em 1992 por um grupo de imigrantes brasileiros/as e que, desde então, desenvolve ações que visam contribuir, sobretudo para a integração e a não exclusão de imigrantes oriundos de países terceiros, em especial a comunidade brasileira em Portugal (Vianna, s/d). A CBL desenvolve diversas ações e atividades que têm como objetivo promover o acolhimento, a orientação, o encaminhamento e o exercício da cidadania por parte de todos/as que procuram o seu apoio. A associação também desenvolve diversas atividades de âmbito cultural, tais como, aulas de dança (forró e samba), capoeira, teatro, projeção de filmes, debates, etc.

Atualmente a CBL presta apoio e encaminhamento dos/as imigrantes que procuram a casa através de três gabinetes: Gabinete de Orientação e Encaminhamento (GOE) com duas técnicas (1 mestre em Psicologia comunitária e 1 Antropóloga), Centro de Apoio Jurídico (CAJ) (1 Advogada) e Gabinete de Inserção Profissional (GIP) (1 Animadora).

A CBL defende os interesses de todos/as os/as imigrantes em Portugal, em especial os/as brasileiros/as e os/as de origem lusófona, dentro de uma ótica de integração e de luta pela igualdade de direitos e responsabilidade cidadã. Atua também como polo de reflexão e promoção de debates temáticos e intervém ativamente em questões relativas às políticas de imigração em Portugal e à luta contra o racismo e a xenofobia, entre outras (Vianna, s/d). A CBL é uma associação laica, apartidária, porém não apolítica. Entende que as questões

relativas aos/as imigrantes em Portugal e migrantes em todo o mundo têm um caráter político e assim são encaradas pelas diversas sociedades e Estados (Vianna, s/d).

O Grupo Acolhida da Casa do Brasil de Lisboa

O Grupo Acolhida (GA) da CBL funciona como um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) que são importantes espaços de interação e partilha entre indivíduos que têm em comum a migração e contribuem para o aumento das competências dos/as participantes no sentido do desenvolvimento do sentimento de competência e utilidade social. É válido ressaltar ainda que estes grupos promovem a experiência vivencial de ajuda ao outro (de ajudar os outros), o que é em si mesmo, um processo de empoderamento na medida em que promove o reconhecimento e a valorização das capacidades do indivíduo, pois confere a quem ajuda um sentimento de maior controle em determinados aspetos de sua vida (Ornelas, 2008).

O Grupo Acolhida (GA) surgiu das necessidades verificadas pelos gabinetes de atendimento da CBL, o Gabinete de Inserção Profissional (GIP) e pelo Gabinete de Orientação e Encaminhamento (GOE) em dar respostas mais alargadas aos/as imigrantes, necessidades estas que se relacionam com questões subjetivas inerentes ao processo de imigração, tais como o sentimento de pertença e de utilidade social e, além disso, a criação de rede de suporte para o combate ao isolamento e o aumento dos conhecimentos acerca dos direitos e deveres no país de acolhimento.

Desta forma, a pesquisadora e psicóloga Ângela Carneiro durante o seu estágio de doutoramento realizado em Lisboa no ano de 2012, juntamente com a equipa da CBL deram início as primeiras sessões do grupo. A primeira reunião do GA aconteceu no mês de maio de 2012 na sede da associação em Lisboa e desde então as reuniões são regulares e passaram a ser coordenadas por Cyntia de Paula, mestre em Psicologia Comunitária e funcionária da CBL.

Neste sentido o GA funciona como um espaço de partilha de experiências tão particulares da entrada numa nova realidade de "ser imigrante". O conceito é de um trabalho em grupo, um espaço de conversas, uma vez que a experiência compartilhada diminui o isolamento, proporciona reflexões e aumenta as possibilidades de superação das dificuldades pela rede solidária que se forma. Dessa forma ativa-se no/a imigrante uma atitude de inserção na nova realidade social de participação contributiva com direitos e deveres.

Objectivos

O Grupo Acolhida da Casa do Brasil de Lisboa tem diversos objetivos tais como:

– Receber os/as imigrantes para que, com suas demandas e iniciativas, contribuam para sua inserção no país de acolhimento;

- Auxiliar e integrar os/as imigrantes à nova cultura do país de acolhimento pela troca de experiências;
- Formar, multiplicar e dar sustentabilidade a uma rede de solidariedade entre os/as participantes com as particularidades de cada grupo;
- Compartilhar as informações e soluções que favoreçam o aumento da qualidade de vida do/a imigrante;
- Compartilhar e ampliar as experiências de adaptação à nova realidade;
- Promover e disseminar as atividades da cultura originária e a interculturalidade, integrar à cultura local por atividades como feiras, eventos culturais, atividades voluntárias, festivais, participação em campanhas públicas, cursos, palestras, etc.;
- Ativar e valorizar a atividade laboral e desta forma contribuir para o processo de pertencimento e bem-estar do imigrante e do bem comum;
- Elaborar as questões afetivas que no processo de adaptação dificultem a integração e não concorram para um adoecimento ou imobilidade do imigrante, aumentando o ônus para o poder público;
- Promover o empoderamento nos/as participantes e fomentar características de liderança;
- Oferecer formação no âmbito de técnicas de procura de emprego, técnicas de entrevistas de emprego, elaboração de currículo e outros temas que possam ser considerados necessários pelo grupo.

MÉTODO

A metodologia utilizada durante o funcionamento do GA alinha-se com os objetivos do projeto de integração social dos/as imigrantes numa abordagem holística dos diferentes aspetos do processo de inserção social no novo país. Para que a integração do/a imigrante ocorra são desenvolvidas diversas atividades em grupo através de oficinas que se estruturam pela apresentação de um tema que é o ponto inicial da discussão e que através de uma atividade (literária, musical, dinâmica de grupo e outras) leva a uma reflexão a ser compartilhada.

O tema central da oficina é a busca ativa de transformação do espaço entre duas culturas pela transformação de si e a transformação do mundo. Para tanto o plano de atividades contempla três grandes temas "quem sou nessa nova cultura?", "Compartilhar, histórias, experiências, habilidades e capacitações" e "Modos de inserção: rede solidária" que se desdobram no decorrer do processo do trabalho. Os temas são levantados a partir da própria dinâmica do grupo e destacado pela coordenação para a discussão e reflexão junto ao grupo.

O dispositivo "oficina" funciona como um espaço catalisador de forças em tensão que potencialize novos modos de perceção de si e de mundo. Um espaço de intervenção que possibilite um deslocamento dos modos conhecidos de se viver para uma nova atitude de escolhas que restaure e afirme a vida como digna e solidária.

A oficina é um ponto de abertura do indivíduo, capaz de potencializar a vida dos/as participantes ao colocar em ação outras perceções, outras sensibilidades que superem as experiências estigmatizantes e inviabilizem o recomeçar de uma nova vida. A aposta é na construção de um espaço de encontro de produção e invenção de novos territórios existenciais e que as experiências contribuam para a discussão do processo migratório como dispositivo de integração mútua.

Os encontros do GA têm a frequência de um encontro quinzenal de 1h30min, organizadas em quatro tempos: apresentação do tema, tempo de elaboração individual, tempo de compartilhamento no grupo e produção coletiva.

RESULTADOS

A primeira reunião do GA aconteceu em maio de 2012 na CBL e desde então tem realizado reuniões regulares com imigrantes, maioritariamente brasileiros e brasileiras em situação de desemprego. Durante o ano de 2012 o GA realizou reuniões nos meses de Maio, Junho e Julho e deu continuidade no ano de 2013 tendo, durante este período, realizado 15 encontros.

No ano de 2014 o GA foi denominado de "Projeto Acolhida, Estamos aqui e Agora?" e contou com o apoio do Programa Cidadania Ativa, obtendo financiamento da Fundação Calouste Gulbenkian e EEAGrants para o desenvolvimento de diversas ações e atividades. Durante esse ano o projeto ampliou as suas atividades e desenvolveu:

1) Ações de formação: Foram realizadas cinco ações de formação sendo: curso de língua inglesa, curso de informática, cidadania, empreendedorismo e procura ativa de emprego com a participação de 52 pessoas (38 mulheres e 14 homens);
2) Ações de sensibilização: Foram realizadas ações de sensibilização tendo cada ação o período de 4 horas de duração abordando os seguintes temas: "Multiculturalismo e integração", "Igualdade de género", "Mulher brasileira: mitos e realidades". As ações efetuadas atingiram 38 pessoas (28 mulheres e 10 homens), imigrantes desempregados/as e funcionários/as da Câmara Municipal de Lisboa. Outros temas também trabalhados foram os direitos e deveres relacionados à saúde dos imigrantes.
3) Grupo de Ajuda Mútua: Os encontros do GA foram realizados quinzenalmente com número variável de participantes;
4) Elaboração de Guia: ao final do projeto o GA através de seus/as dinamizadores/as e participantes elaborou o Guia "Direitos e Deveres dos/as Imigrantes em Portugal.

Projeto Acolhida: Estamos Aqui e Agora?" disponível em http://www.casadobrasil.info/images/2015/guiaprojacolhida.pdf

O projeto contou ainda com um *site* especialmente elaborado para o projeto e que ainda se encontra disponível no endereço <http://projetoacolhida2014.wix.com/projeto-acolhida-cbl> e também uma página do projeto na rede social Facebook no seguinte endereço <https://pt-br.facebook.com/Projeto-Acolhida-Estamos-aqui-e-agora-475688969147971/>

O evento final do projeto financiado aconteceu no dia 27 de Novembro de 2014 e contou com a presença de vários participantes que estiveram presentes nas ações de formação, de sensibilização e nos encontros do grupo acolhida.

Imagem 1. Evento final do Grupo Acolhida da Casa do Brasil de Lisboa
Fonte: Lyria Reis, 2014.

Neste evento vários participantes partilharam as suas experiências relativamente à sua participação no mesmo. Destacamos aqui alguns depoimentos de mulheres participantes: "*Eu fui muito bem recebida... Com o passar depois foram vindo as dúvidas, o que que eu posso, o que que eu não posso... As questões do preconceito que a mulher brasileira sofre aqui. Esse apoio de ter aonde vir, ter as informações, isso dá força p'ra gente falar assim, ah, eu vou dar mais um passo a frente...*" (mulher participante); *"Comecei a participar do projeto e toda vez que eu venho no projeto acolhida eu saio daqui com as minhas energias renovadas, me sinto realmente acolhida, me sinto em casa... "* (mulher participante). Destacamos ainda um depoimento de outra participante: *"... já me encontro a trabalhar... aproveitar e agradecer a casa do Brasil e ao Grupo acolhida, por me fazer sentir melhor nos momentos tão difíceis da minha vida o desemprego. O grupo acolhida me acolheu e deu o calor humano que nós imigrantes sentimos falta no país que não é nosso. Porém o projeto acolhida juntamente com os brasileiros imigrantes desempregados e participantes do projeto acolhida fizeram meus dias de procura ao emprego bem mais suaves. O projeto Acolhida e amigos me ajudaram a manter a sanidade nos dias difíceis e acabei por*

participar de um grupo de formação maravilhoso, da qual tenho muito orgulho de ter participado" (mulher participante).

Finalizado o período de financiamento do projeto, o Grupo Acolhida continuou as suas reuniões que têm acontecido normalmente a cada 15 dias.

CONCLUSÃO

Concluímos que os grupos de ajuda mútua são importantes espaços para troca de experiências e acolhimento entre imigrantes. O Grupo Acolhida da Casa do Brasil de Lisboa tem funcionado como um importante espaço de empoderamento para todos/as os/as participantes valorizando as suas trajetórias pessoais, aumentando as suas redes de suporte, aumentando o seu conhecimento e informação dos seus deveres e direitos enquanto imigrantes residentes em Portugal e, desta forma, contribuindo para a o bem-estar, o aumento da saúde mental e física de todos/as os/as participantes e a sua integração no país de acolhimento.

REFERÊNCIAS

Corsini, L. F. (2007). *Êxodo constituinte: Multidão, democracia e migrações*. Tese de Doutorado em Serviço Social. Escola de Serviço Social. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária.* Lisboa: Fim de Século.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stresse e saúde. Perspectivas de investigação e intervenção. *Psychologica, 41*, 329-350.

Ramos, N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: UFPb.

Reis, L. M. (2013). *Migração, saúde e qualidade de vida. Brasileiros residentes na região de Lisboa.* Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade Aberta.

Reis, L. M., & Ramos, N. (2013). Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. *Revista Ambivalências, 1*(2), 29-53.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – SEF. (2012). Relatório de imigração, fronteiras e asilo 2014. Oeiras: SEF. Recuperado em 20 de Novembro de 2015, de http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa_2014.pdf

United Nations General Assembly (UNGA). (2013). *International migration and development.* Report of the Secretary-General, 2013. Recuperado em 20 de novembro de 2015, de http://www.un.org/esa/population/migration/ga/SG_Report_A_68_190.pdf

Vianna, C. (s/d). *Quem Somos. Casa do Brasil de Lisboa*. Recuperado em 20 de novembro de 2015, de http://www.casadobrasil.info/index.php/quem-somos/5-quem-somos

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Transtornos mentais comuns, uso de álcool e apoio social em assentamentos rurais no Brasil

MAGDA DIMENSTEIN (*)
JADER LEITE (*)
CANDIDA DANTAS (*)
JOÃO PAULO MACEDO (**)
MONIQUE SILVA (*)
GABRIELA TRINDADE (*)
ELIANE SILVA (*)
JAQUELINE TORQUATO (*)
VICTOR LIMA (*)
FRANCIELE ALVES (*)
MAURÍCIO NETO (*)

No cenário acadêmico há uma enorme escassez de investigações voltadas ao estudo das condições de vida e saúde mental das populações rurais, especificamente no que diz respeito à incidência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e ao padrão de uso de álcool. Sabe-se que as condições de vulnerabilidade relativas à pobreza e miséria se agravam quando se trata de espaços rurais. Indicadores socioeconômicos revelam que o campo ainda apresenta dados preocupantes: considerável índice de não alfabetizados, de insegurança alimentar e de mortalidade infantil para os padrões atuais; dificuldade no acesso aos serviços públicos e assistência técnica; precariedade das condições de trabalho e maior dependência dos programas de transferência de renda (Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, 2010; Camargo et al., 2013). É sobre as populações mais vulneráveis que recai a maior parte dos efeitos da falta infraestrutura básica e dos problemas típicos da falta de desenvolvimento social. As precárias condições de vida das populações do campo favorecem o aumento da morbimortalidade de doenças transmissíveis e crônico-degenerativas (Ministério da Saúde, 2011). Em relação aos impactos na saúde mental, apesar de evidentes, estudos que articulem condições de vida, ocupação e morbidade psiquiátrica em populações rurais são escassos a nível nacional e internacional. Sabe-se que os transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e capacidade produtiva, interferindo na qualidade de vida das pessoas (Ministério de Sanidad y Política Social, 2011). Além disso, têm efeitos intergeracionais que perpetuam o ciclo de pobreza, o isolamento e a falta de mobilidade social, particularmente nas famílias rurais (Raphaelli, Azevedo, & Hallal, 2011). Em

(*) Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Brasil
(**) Universidade Federal do Piauí – UFPI, Brasil

função de todos esses aspectos desenvolvemos a pesquisa com o intuito de compreender os processos sociais e subjetivos que constituem e caracterizam a vida nos assentamentos rurais em dois estados do nordeste brasileiro e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado. Desse modo, definimos nossos objetivos em torno de três eixos: (1) Infraestrutura dos assentamentos rurais; (2) Condições de vida e saúde dos moradores; (3) Acesso à rede de atenção psicossocial e práticas de cuidado em saúde mental.

Panorama Sócio-Demográfico do Rio Grande do Norte e Piauí

O Rio Grande do Norte (RN) localiza-se na região nordeste do Brasil, tendo como capital o município de Natal. A sua população é composta por 3.168.037 de habitantes, 48,89% são homens e 51,11% são mulheres. Em relação à escolaridade, o estado ocupa a posição 23° para taxa de analfabetismo, considerada a mais alta entre as unidades da federação. Acerca do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o RN em 2013, obteve IDH de 0,68, taxa classificada como faixa média que garante lugar de destaque na região nordeste. Quanto ao cenário social, 90% do seu território está situado no denominado Polígono das Secas, ou seja, sofre com constantes períodos de estiagens, o que ocasiona graves problemas sociais, que impactam tanto nas condições de vida da população do interior quanto da capital. O Piauí (PI), geograficamente está localizado no noroeste da região nordeste. Apresenta população de 3.118.360 habitantes. Tem como capital e município mais populoso, a cidade de Teresina. No PI, 49,01% são do sexo masculino e 50,99 % do sexo feminino. O cenário piauiense apresenta altos índices de pobreza quando comparado ao quadro nacional. O estado apresenta a segunda pior renda por domicílio. No tocante ao IDH, o PI ainda revela problemas, ocupando atualmente a 24ª posição a nível nacional. O estado também apresenta uma das mais altas taxas de analfabetismo do Brasil.

MÉTODO

Critérios de escolha dos assentamentos

Para a escolha dos assentamentos foram utilizados os seguintes critérios: (a) assentamentos federais cadastrados no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária; (b) com mais de 05 anos de criação pelo INCRA; c) com o maior número de famílias cadastradas no INCRA. A partir desses critérios foram definidos 09 assentamentos no Rio Grande do Norte e 06 no Piauí.

Participantes

Um total de 799 moradores do Rio Grande do Norte e 1202 do Piauí. Além dos moradores, 67 profissionais que compõem as equipes de saúde e assistência social.

Ferramentas metodológicas

Para a recolha de dados foram utilizados: (a) Questionário sócio-demográfico-ambiental; (b) *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) que é um questionário desenvolvido, validado e recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para detecção do consumo excessivo de álcool e apoio a avaliação breve pelos profissionais. Contêm dez questões a respeito do uso de bebidas alcoólicas no último ano, sintomas de dependência e problemas relacionados ao álcool. Os assentados que obtiveram pontuação de 0 a 07 foram considerados consumidores de baixo risco e aqueles que atingiram pontuação a partir de 08 ou mais itens foram classificados em consumo de risco, nocivo ou de dependência, conforme estabelecido pelo instrumento; (c) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) que é um questionário validado e recomendado pela OMS para estudos comunitários e na atenção primária a saúde, principalmente, nos países em desenvolvimento. O SRQ-20 é composto por 20 perguntas, sendo 04 sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas emocionais, com duas possibilidades de resposta (sim/não); não inclui questões sobre sintomas psicóticos, nem sobre o consumo de álcool e outras drogas. Nessa pesquisa foi adotado o ponto de corte de 07 ou mais respostas positivas como indicativo de TMC; d) entrevistas semiestruturadas com moradores que ficaram acima do ponto de corte nos instrumentos e com profissionais de saúde e assistência social.

Análise dos dados

Foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* for Windows, versão 20. Em relação às análises dos dados qualitativos utilizamos mapas dialógicos para compreender os significados atribuídos à problemática suscitada pela entrevista e estabelecer conexões entre as falas dos participantes, observações dos pesquisadores e a literatura de referência.

RESULTADOS

Caracterização sócio demográfica das famílias (RN e PI)

O perfil das famílias pesquisadas no RN e PI é caracterizado por serem compostas por até 5 pessoas jovens, com 47 anos em média, que ganham de ½ a 2 salários mínimos, com ensino fundamental, que têm como fonte de sustentação não só a agricultura familiar (apenas 7% se dedicam unicamente a essa atividade), mas especialmente à prestação de serviços, aposentadoria e programas sociais. O PI, comparativamente ao RN, apresenta alguns índices mais desfavoráveis: tem o dobro de famílias que vivem com até ½ salário mínimo, metade dos moradores que se dedicam à agricultura, indicando maior dependência dos programas sociais e aposentadoria e maior número de moradores não alfabetizados.

Entretanto, em relação aos moradores que têm ensino superior e possuem renda acima de 2 salários mínimos, o PI apresenta realidade mais favorável que o RN.

TMC e padrão de uso de álcool entre moradores de assentamentos

Os resultados gerais acerca do rastreamento do padrão de uso de álcool entre os moradores apontam que tanto no RN quanto no PI mais de 85% dos respondentes ao AUDIT encontram-se abaixo do ponto de corte indicando baixa quantidade e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, especialmente entre as mulheres. Apenas 13,56% (RN) e 9,98% (PI) dos respondentes ficaram acima do ponto de corte, indicando a presença de casos com consumo de risco, uso nocivo e dependência do álcool nos assentamentos. Em ambos os estados, nas análises inferenciais, considerando todos os assentamentos e a variável sexo, foi identificada uma associação significativa entre essas categorias. Isso indica que os homens consomem mais (4 a 5 vezes) e de forma mais problemática que as mulheres, resultado condizente com a literatura nacional. Observamos que o RN apresenta frequência de participantes nas categorias nocivo e dependência mais do que no PI, bem como o dobro de mulheres que fazem uso problemático de álcool. Detectamos diferenças internas entre os assentamentos quanto se trata do padrão de consumo de álcool pela população, bem como entre homens e mulheres. No RN, os assentamentos Maísa, Mata Verde e Paulo Freire III se situaram acima da média geral encontrada nos assentamentos do estado, concentrando também os casos mais problemáticos. No Piauí essa é a realidade dos assentamentos Serra Branca/Serra Vermelha e Fazenda Novo Zabelê. Identificamos também assentamentos que não registram mulheres acima do ponto de corte nos dois estados. Quanto às variáveis estado civil e renda não observamos associação significativa no AUDIT. Todos os níveis de renda e categorias de estado civil registraram casos acima do ponto de corte e distribuídos nos diferentes padrões de uso de álcool. Identificamos que as ocupações que mais fazem uso problemático de álcool são de agricultor e dona de casa, inclusive no padrão de dependência, embora muitas outras ocupações tenham apresentado percentuais importantes, pois, como sabemos, grande parte dos moradores desenvolvem atividades complementares à agricultura para complementação da renda. Registramos também um percentual considerável entre os aposentados e entre aqueles dependentes dos programas sociais. O fato dos agricultores e donas de casa pontuarem mais está diretamente relacionado a associação entre o padrão de uso de álcool e o nível de escolaridade. Identificamos que quanto mais alto o nível de escolaridade dos moradores dos assentamentos, menor o número de pessoas que fazem uso problemático de álcool. Ou seja, mais de 80% dos casos problemáticos detectados estão entre os não alfabetizados ou que têm apenas ensino fundamental completo/incompleto, realidade da maior parte dos agricultores e donas de casa dos assentamentos. A categoria Baixo Risco concentra os moradores que têm o ensino médio e superior. Em relação ao rastreamento de TMC, os resultados apresentam características muito semelhantes comparados ao padrão de uso de álcool, com exceção da associação entre a variável sexo com o SRQ-20. Ou seja, mais de 80% dos respondentes ficaram abaixo do ponto de corte indicando rastreamento negativo

para TMC. Pouco mais de 15% dos moradores em ambos os estados apresentaram índices positivos de TMC. Entretanto, ao contrário do resultado obtido no AUDIT, e como já era esperado, as mulheres apresentaram incidência 3 a 4 vezes superior aos homens. Identificamos que o PI registra número de casos em geral maior do que no RN, com predominância das mulheres, mas o RN registra mais casos de homens com TMC que o PI. Mata Verde e Paulo Freire III se destacaram novamente como os assentamentos que mais pontuaram no SRQ-20, ficando acima da média geral local e de ambos estados (15,65%). No PI houve uma distribuição equitativa entre os assentamentos, com destaque para Macambira, Serra Branca Serra/Vermelha e Santo Antônio do Campo Verde. Em termos das diversas variáveis como idade, renda, escolaridade, ocupação, renda e estado civil, os resultados indicam predominância entre agricultores e donas de casa, na faixa etária de 30 a 49 anos, majoritariamente casados, renda de 1 salário mínimo, com ensino fundamental completo/incompleto. Dentre os sintomas agrupados em categorias evidenciou-se na população respondente do RN e PI a predominância do grupo de sintomas somáticos, seguido do decréscimo da energia vital, humor depressivo/ansioso e, por fim, pensamentos depressivos. Quando examinado o grupo específico situado acima do ponto de corte, observamos que a pontuação quase triplica na categoria pensamentos depressivos no RN e duplica em todas as outras categorias, seja no RN, seja no PI. Em relação aos 39 casos simultâneos (23 no RN e 16 no PI) que ficaram acima do ponto de corte ao mesmo tempo no AUDIT e SRQ-20, indicando uso problemático de álcool e incidência de TMC, houve uma distribuição equilibrada entre homens e mulheres quando analisamos a divisão por sexo juntando os dois estados. Porém, o PI registra muito mais casos de homens e o RN apresenta quadro onde há mais mulheres fazendo parte dos casos simultâneos. Isso indica que PI apresenta muito mais casos de TMC entre homens do que o esperado e o RN mais casos de mulheres que fazem uso problemático de álcool do que era esperado. No RN, os 23 moradores estão distribuídos em 7 dos 9 assentamentos pesquisados, ou seja, apenas 2 assentamentos não registraram situações simultâneas (União e Marajó). Contudo, chama atenção que dos 23 casos simultâneos, Paulo Freire III concentra 9 (39%), dos quais 6 são homens, Maísa 5 (21,7%) e Mata Verde 4 (17,4%). No PI, os 16 casos foram registrados nos 6 assentamentos, sendo que 4 (25%) estão concentrados em Resex. Dentre os sintomas agrupados por categorias, há destaque para o seguinte aspecto: todos os casos do RN e PI pontuaram nas 4 dimensões do SRQ-20, em níveis acima da amostra geral, com percentual de 100% em 2 delas, sendo o grupo referente aos sintomas de decréscimo da energia vital o comum nos dois estados. Outro aspecto observado entre os casos simultâneos foi que todos pontuaram mais em todos os itens do SRQ-20 comparados ao resto da amostra acima do ponto de corte. Quanto aos padrões de uso de álcool, observamos que estão distribuídos nas categorias risco, nocivo e dependência, com destaque para a primeira, que concentra 15 dos 23 casos no RN e 13 dos 16 no PI. Nosso interesse era acessar a experiência de sofrimento desses sujeitos, articulando-a aos diversos níveis de determinação que atravessam a vida e o cotidiano no meio rural. Além disso, analisar as implicações das condicionalidades de gênero na produção de sofrimento em homens e mulheres, bem como das vulnerabilidades psicossociais dos territórios, da oferta de apoio social e acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, observamos que 3 assentamentos no RN e 4 no PI

concentram algumas condições que parecem favoráveis ao aparecimento de TMC e ao uso problemático de álcool, isto é, tornam esses moradores mais vulneráveis em relação à saúde mental. Apesar de estarem presentes igualmente em todos os assentamentos, essas condições parecem mais danosas nesses assentamentos específicos, dentre as quais podemos destacar a pouca oferta de transporte público, dificuldade de acesso à rede pública de saúde, educação e assistência social, bem como ao crédito rural, irregularidade climática dificultando as atividades agropecuárias, realização de atividades complementares à renda, além da ausência de áreas de convivência e lazer, baixa escolaridade, fragilidade nas relações comunitárias, na organização coletiva e participação política, carência de bases de apoio social, violência, enfim, condições que fazem parte de um cenário de pobreza e de vulnerabilidade psicossocial e ambiental, que atinge mais fortemente as mulheres, pois a esse conjunto de vulnerabilidades somam-se as desigualdades específicas de gênero. As entrevistas realizadas junto aos respondentes que ficaram acima do ponto de corte tanto no AUDIT quanto no SRQ-20 aportaram informações que ajudam na compreensão desse cenário problemático em termos de saúde mental. Foi possível observar que inúmeros fatores estão associados à incidência de TMC e uso problemático de álcool: eventos de vida estressantes, perdas e rompimentos afetivos, problemas familiares, conjugais e de saúde, baixa escolarização, dificuldades financeiras, violência doméstica, histórico de uso de álcool e de problemas mentais na família, contexto situacional e estimulador do consumo de álcool, com impacto especial entre os homens.

Caracterização dos profissionais de saúde e assistência social do RN e PI

Foram entrevistados 67 profissionais de forma individual ou em grupo de diferentes categorias profissionais. São em sua maioria mulheres (70%), jovens (53% entre 21 e 30 anos), realizaram a graduação em organizações privadas (70%) e são recém-formados (55% concluíram há no máximo 5 anos). O vínculo empregatício é principalmente o contrato público temporário (85%) e cerca de 49% dos participantes não moram no município onde trabalham. Resultados indicam que as equipes não têm conhecimento do território, das condições sócio sanitárias e das demandas de saúde mental dessa população. As equipes de saúde conhecem apenas os casos ditos cronificados com longa carreira psiquiátrica e as equipes de assistência social não conseguem identificar os problemas de saúde mental. Em relação ao acolhimento das demandas, os profissionais desconsideram as particularidades socioculturais próprias dos povos do campo, indo na contramão de apontamentos realizados na literatura que salientam as práticas culturais e tradicionais como ferramentas de cuidado que podem ser potencializadas pelas práticas institucionais. As equipes da AP não estão conseguindo responder às demandas de saúde mental, o que se reflete na rotina de encaminhamentos para o nível especializado e corrobora os estudos que evidenciam a ineficiência da Atenção Primária em responder aos problemas de saúde mental. Quanto às estratégias de cuidado, os profissionais das equipes de saúde alegaram principalmente a consulta individual/familiar, visita domiciliar, prescrição de medicamentos e palestras educativas, atividades de caráter curativo, individual e focada na

doença, o que evidencia os atravessamentos da lógica biomédica nos cuidados em saúde. O cuidado na rede de atenção psicossocial não funciona de forma articulada apresentando problemas quanto ao seguimento e continuidade, apesar de que os profissionais alegaram que a comunicação era facilitada pelas redes informais e de amizade, pois como alguns municípios são de pequeno porte populacional, todas pessoas da cidade conhecia os habitantes do município. As atividades de apoio e suporte aos familiares são ineficientes ou inexistentes, além disso, a família é apresentada pelos profissionais como ausente ou obstáculo para o tratamento dos usuários com problemas de saúde mental. Quando se trata do âmbito comunitário as intervenções são inexistentes e os profissionais alegam desconhecer possíveis modos de apoio e suporte que ocorram na comunidade. As equipes de assistência social desenvolvem intervenções quando ocorre o descumprimento das condicionalidades do programa BF e quando recebem denúncias de casos de violência. Não há integração serviço-comunidade, permitindo o conhecimento das necessidades, mapeamento das demandas de cada comunidade, das dificuldades enfrentadas pelas famílias e, sobretudo, das situações de vulnerabilidade social vivenciadas. Quando questionados sobre os desafios para as práticas em áreas rurais, os profissionais alegaram a distância geográfica entre moradores e serviços. Em função da fragmentação da rede de atenção psicossocial, do desconhecimento das especificidades da população assentada, essas equipes não conseguem acolher e responder às demandas em saúde mental de modo a impactar nos indicadores sociais e de saúde da população do campo.

DISCUSSÃO

Tomando a saúde mental em uma perspectiva multidimensional, entende-se que as condições de vida e trabalho, os modos de subjetivação e singularidades culturais determinam o processo saúde-doença-cuidado. Além disso, que homens e mulheres vão vivê-la de forma diferenciada. Nossa investigação detectou que em termos dos padrões de uso de álcool e da incidência de transtornos mentais comuns entre os moradores dos assentamentos do RN e PI, há uma complexidade de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais que impactam na qualidade de vida, são produtores de estresse e estão diretamente relacionados às condições de saúde e, em particular, à saúde mental. Em termos de TMC, a literatura aponta que as mulheres são mais acometidas que os homens em decorrência de inúmeros fatores tais como a elevada carga de trabalho doméstico, cuidado com os filhos, da baixa gratificação e a falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico (Ludermir, 2002; Pinho & Araújo, 2012). Nesse sentido, homens e mulheres, moradores dos assentamentos pesquisados, adoecem de modo diferente. Homens associam o adoecimento à carga do trabalho agrícola, à precariedade das condições de trabalho, à perda da vitalidade física, bem como ao surgimento de doenças crônicas. No caso das mulheres, ao trabalho doméstico, caracterizado pela dupla jornada de trabalho, o número de filhos, a violência de gênero praticada por parceiro íntimo, eventos

de vida estressantes como perdas de parentes próximos, separação, os quais contribuem para o surgimento ou agravamento do adoecimento mental. Além disso, para lidar com essas situações recorrem, em menor frequência, aos serviços de saúde, e com mais intensidade aos familiares, amigos e à religiosidade. Tendo em vista que a realidade socioeconômica está associada à produção de sofrimento, verificamos que os assentados enfrentam diversas dificuldades de acesso aos bens e serviços, como saúde, educação, trabalho, transporte, políticas públicas, saneamento básico, vivenciam dificuldades climáticas, financeiras, falta de apoio social, técnico, etc. Todos esses fatores contribuem para deixar a população assentada do RN e PI vulnerável ao sofrimento mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se uma complexidade de fatores e combinação de riscos socioeconômicos e ambientais que impactam na qualidade de vida, são produtores de sofrimento e estão diretamente relacionados aos TCMs e uso problemático de álcool entre moradores de assentamentos rurais. Essas populações encontram-se desassistidas em termos de políticas públicas, repercutindo diretamente nas condições de moradia, trabalho, lazer, educação e saúde. A falta de espaços de lazer, baixo nível de apoio social, a carga do trabalho doméstico entre as mulheres, são fatores associados ao aumento de morbidades psiquiátricas e uso de álcool entre homens e mulheres em níveis preocupantes (Farias et al., 1999; 2000; Gomes et al., 2000). Os profissionais vivenciam condições precárias de trabalho, marcada pela baixa remuneração e alta rotatividade de profissionais nas equipes, como também o desconhecimento por parte dos participantes da história do município e dos processos que levaram a formação dos assentamentos naquela região. Conclui-se que mecanismos psicossociais e materiais subsidiam desigualdades sócio territoriais em saúde, impedindo escuta e atenção a essa população, evidenciando grave demanda por ofertas de cuidados eficazes e contextualizadas.

REFERÊNCIAS

Camargo, C. F., Curralero, R. B., Licio, E. C., Mostafa, J. (2013). Perfil socioeconômico dos beneficiários do Programa Bolsa Família: O que o Cadastro Único revela? In T. Campello & M. C. Neri (Orgs.), *Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania* (pp. 157-177). Brasília: Ipea.

Faria, N. M., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (1999). Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev Saúde Pública*, *33*(4), 391-400.

Faria, N. M. X., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2000). Processo de produção rural e saúde na serra gaúcha: Um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*, *16*(1), 115-128.

Gomes, A. A., & Rozemberg, B. (2000). Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo, RJ. *Psicologia: Ciência e Profissão, 20*(4), 16-29. Retrieved November 13, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414- 98932000000400003&lng=en&tlng=pt

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. (2010). *Pesquisa Sobre a Qualidade de Vida, Produção e Renda dos Assentamentos da Reforma Agrária – Apresentação dos primeiros resultados*. Brasília, 2010. Disponível em http://pqra.incra.gov.br/

Ludermir, A. B., & Filho, D. A. M. (2002). Condições de Vida e Estrutura Ocupacional Associadas a Transtornos Mentais Comuns. *Revista Saúde Pública, 36*, 213-221.

Ministério da Saúde. (2011). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: SEGP. Editora do Ministério da Saúde.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). *Rehabilitación psicosocial de pesonas con trastorno mental grave. Pautas de intervención en el domicilio y programas para contextos rurales*. Castilla-La Mancha, España: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Pinho, P. de S., & Araújo, T. M. (2012). Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, *15*(3), 560-572.

Raphaelli, C. O., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2011). Associação entre comportamentos de risco à saúde de pais e adolescentes em escolares de zona rural de um município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(12), 2429-2440.

WHO. (2001). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). The Alcohol Use Disorders. Guidelines for Use in Primary Care. Recuperado em 15 junho, 2012. http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf

WHO. (1994). A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva: WHO.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Trabalho e saúde mental do agente de segurança penitenciária no Brasil

MAGDA DIMENSTEIN (*)
RAFAEL FIGUEIRÓ (**)
ANA IZABEL LIMA (**)
JADER LEITE (*)
CÂNDIDA DANTAS (*)

Trabalhadores da segurança pública têm sido referidos por diversos autores (Santos et al., 2010; Rumin et al., 2011) como profissionais submetidos a um alto risco de sofrimento mental, tendo em vista as condições infra estruturais de trabalho, as dificuldades para a realização das atividades laborais, jornada excessiva. Além disso, apresentam sensações típicas de tensionamento e de perda de liberdade, já que a rotina de trabalho é marcada por insegurança, ansiedade e sensação de estar sendo constantemente vigiado. O agente penitenciário é um desses trabalhadores. Ele tem a função de custodiar presos, sendo responsável pelas tarefas de revistar (presos, visitantes e celas), conduzir na área interna e externa da unidade prisional e pela vigilância da mesma. Em termos da segurança penitenciária, os agentes devem cuidar da disciplina e segurança dos presos; fazer rondas periódicas; providenciar assistência aos presos; informar as autoridades competentes sobre as ocorrências surgidas no seu período de trabalho; verificar as condições de segurança física do estabelecimento, bem como as condições de limpeza e higiene das celas; efetuar registros de suas atividades; fiscalizar a entrada e a saída de pessoas e veículos nos estabelecimentos penais, incluindo execução de serviços de revistas corporais e efetuar a conferência periódica da população carcerária. Como o horário de funcionamento do presídio é ininterrupto, os agentes trabalham em regime de quatro turnos alternados, em escala de 12 horas de atividade laboral, seguidas de 36 de descanso. O trabalho em instituições prisionais envolve, dessa forma, permanente e intenso controle emocional, elevada responsabilidade com vidas humanas, realização de tarefas em situação de confinamento e de relações grupais tensas, situações de controle e disciplina rigidamente hierarquizadas (Lourenço, 2010). O risco e a vulnerabilidade são, portanto, inerentes ao trabalho no cárcere. Os agentes penitenciários vivem cotidianamente condições adversas de trabalho, as quais não se restringem apenas à precariedade e insalubridade das prisões, responsáveis pelos altos índices detectados de tuberculose, hepatites, doenças sexualmente transmissíveis, etc, mas, especialmente, pelo cenário de vulnerabilidade e violação de direitos que repercute nos modos de vida desses trabalhadores. Além da sobrecarga, os agentes penitenciários, enquanto membros da instituição carcerária que atuam diretamente no ambiente prisional, em face das características organizacionais da

(*) Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Brasil.
(**) Universidade Potiguar – UNP, Natal, Brasil.

instituição penitenciária, assimilam e incorporam hábitos, padrões de comportamento e valores sociais específicos e peculiares que se desenvolvem no interior da organização, caracterizado como processo de prisionalização.

Dentre os fatores indesejáveis associados à profissão destaca-se o pouco reconhecimento social, a baixa remuneração, as relações fortemente hierarquizadas nas instituições e ausência de poder de decisão em determinadas situações como em rebeliões, por exemplo (Figueiró, 2015). Além disso, a superlotação da maior parte das unidades prisionais do país e relações tensas entre colegas se constituem como fatores de risco para o trabalho no cárcere. Ademais, o agente penitenciário precisa, muitas vezes, lidar com situações para as quais não foi preparado: síndromes de abstinência (álcool ou outras drogas), transtorno mental, HIV, tuberculose, e até mesmo reações emocionais dos detentos frente ao abandono familiar ou sentenças proferidas (Santos et al., 2010). Assim, a categoria de agente penitenciário pode ser classificada como uma ocupação arriscada e estressante, podendo levar a distúrbios físicos e psicológicos. Apesar das evidências relacionadas às condições inadequadas do processo de trabalho, há poucos estudos que informam sobre o adoecimento destes trabalhadores, importantes para o estabelecimento de políticas públicas e planejamento de serviços de atenção à saúde. Esse trabalho traz os resultados de pesquisa realizada em um estado do nordeste brasileiro, cujo objetivo foi mapear a incidência de transtornos mentais comuns e uso de álcool e outras drogas junto aos agentes penitenciários trabalhadores do sistema prisional do estado.

MÉTODO

Das 34 Unidade prisionais do estado (9 penitenciárias estaduais, uma federal, uma unidade psiquiátrica de custódia e tratamento, três cadeias públicas e 20 Centros de Detenção Provisória), 19 fizeram parte deste estudo: 12 penitenciárias, uma Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento, uma Penitenciária Federal e cinco Centros de Detenção Provisória. Utilizamos como critério de escolha: (1) unidades prisionais destinadas a presos já sentenciados e (2) devido ao grande número de Centros de Detenção Provisória (CDP) no Estado, elegemos os CDPs com maiores índices de fugas, motins e intervenções da vigilância sanitária diante das condições estruturais e de insalubridade (de acordo com dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania/SEJUC). Do total de agentes penitenciários do estado (902), 403 (44,6%) participaram da coleta de dados. Constituíram-se como critérios de exclusão: a recusa em participar dessa pesquisa e a existência de condição médica ou psicológica que impossibilitasse a participação.

Ferramentas metodológicas

Utilizamos o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) para rastreamento de TMC. O instrumento consiste em vinte questões relacionadas à condição de saúde mental nos últimos trinta dias, com

resposta simples (sim/não). Cada resposta SIM equivale a um ponto, podendo variar, portanto, de zero (nenhuma probabilidade de TMC) a vinte (extrema probabilidade de TMC). Consideramos nessa pesquisa o ponto de corte ≥7 (Gonçalves, Stein, & Kapczinsk, 2008). O segundo instrumento utilizado foi o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*), igualmente desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), sendo um método simples de triagem do uso de risco, nocivo ou dependente de tabaco, álcool, maconha (*cannabis*), cocaína, anfetaminas, sedativos, alucinógenos, inalantes, opiáceos e outras drogas. Consiste de oito questões que avaliam o consumo destas substâncias nos últimos 3 meses. De acordo com Henrique et al. (2004), o estudo da confiabilidade teste-reteste do ASSIST foi realizado com 236 indivíduos, em diferentes locais do mundo, sendo observado bom nível de confiança (coeficientes Kappa entre 0,58 a 0,90 para as principais questões). Além disso, foi aplicado questionário sócio demográfico com intuito de obter dados para compor o perfil dos agentes: sexo, renda, estado civil, escolaridade, relação com o trabalho e cuidado com a saúde mental.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada través do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences* – pacote estatístico para as ciências sociais, versão 20) em termos de frequência absoluta e percentual, utilizando o teste Qui-quadrado (χ^2) para investigar se existe relação de dependência entre as variáveis contrastadas. Nos testes aplicados, o índice de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

Participaram 403 agentes penitenciários, dos quais 66 estão lotados nos cinco Centros de Detenção Provisória e 337 em 14 penitenciárias. Um total de 90,6% era do sexo masculino; com tempos de trabalhos distintos: 53,3% com até 5 anos de trabalho e 39,2% entre 10 e 15 anos. Com relação à idade, a maioria (84,9%) tinha entre 25 e 45 anos. Quanto ao estado civil 63,7% declararam estar em relacionamento estável, tinham até 2 filhos (56,8%); 95,8% possuíam alguma religião (em sua maioria católicos, 59,1%), e 68,5% com renda familiar entre 4 e 7 salários mínimos. Com relação à escolaridade, 50,6% possuíam ensino superior completo e 20,1% estavam cursando o 3º grau. Outras informações relevantes indicam que 78,2% não possuem outra ocupação, 64,5% não dobraram de turno no último mês (porém, 17,9% dobraram mais de 3 vezes) e 76,9% nunca buscaram ajuda em saúde mental.

Incidência de Transtorno Mental Comum entre agentes penitenciários

A incidência de TMC foi de 23,57%, percentual que se encontra na média indicada em alguns estudos realizados no Brasil (entre 28,7% a 50%) (Lucchese et al., 2014). Não há

diferença significativa entre os percentuais de agentes que ultrapassaram o ponto de corte das penitenciárias (24,04%) e dos Centros de Detenção Provisória (21,21%). Os agentes que apresentam indicativo de TMC trabalham, em sua maioria, na Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (43,75%), na penitenciária que fica localizada na região central do estado (46,51%) e na da região oeste do estado (36%). Referindo-se às atividades nessas instituições, os agentes apontaram como característica principal do trabalho o "ócio intelectual" diante da falta de controle sobre sua rotina no trabalho, pouco contato com o preso (com a automatização não precisa entrar no pavilhão para abrir as celas), e rigidez dos procedimentos estabelecidos pelo Governo Federal na organização das condições do trabalho. A rotina monótona e o ócio parecem deflagrar sentimentos de vazio, ineficiência, tristeza, frustração, que geram ideação suicida. Já o Hospital de custódia é marcado pela falta de treinamento para lidar com a loucura e o trabalho é atravessado pela "imprevisibilidade e periculosidade do louco/criminoso". O Centro de Detenção Provisória que apresentou maior índice de TMC é o da zona sul da capital (26,67%). Essa unidade é o centro de triagem dos presos da região metropolitana da capital. Os agentes penitenciários que aí trabalham têm sua rotina diária marcada por um intenso convívio carcerário, recepcionam custodiados, fazerem escoltas, acompanham presos aos fóruns e tribunais, além de receber constantemente visitas de advogados e oficiais da justiça, indicando intenso desgaste laboral. Na Tabela 1 é possível ver o perfil dos agentes que estão acima do ponto de corte.

Em relação às dimensões do SRQ-20 foi possível perceber que quase metade dos agentes afirmou dormir mal (40%), que o trabalho causa sofrimento diário (40%) e que se sente constantemente nervoso, tenso e preocupado (43%), atigindo maiores pontuações em questões relacionadas ao humor depressivo ansioso (59,55% – dor de cabeça, dorme mal, desconforto estomacal, má digestão, falta de apetite, tremores e sintomas somáticos (53,35% – sentem-se nervosos, assustam-se com facilidade, sentem-se tristes, choram com mais frequência). Constatamos associação positiva entre ter outra ocupação e atingir o ponto de corte para TMC [$\chi^2(1)=5,50$; $p=0,02$]. Outro agravante é o fato de possuir ocupação a mais na área de segurança, situação que aumenta a probabilidade de desenvolver TMC [$\chi^2(1)=5,99$; $p=0,01$]. Ter outra ocupação na área de segurança impede que os agentes descansem em seus momentos de folga, mantendo a situação de alerta constante. Com relação ao tempo de trabalho, embora o teste do qui-quadrado revele o valor de $p=0,09$, ou seja, maior que 0,05, foi detectada incidência de TMC em sujeitos com tempo de trabalho maior que 5 anos (sobretudo de 10 e 15 anos de profissão). Outro ponto importante diz respeito à dobra de turno[1], prática comum entre os agentes penitenciários. A pesquisa também não encontrou correlação positiva entre essa variável e a incidência de TMC [$\chi^2(4)=4,46$; $p=0,34$]. Além dessas variáveis, aqueles agentes que possuem estado civil "casado" ou "união estável" apresentaram maior probabilidade de atingirem o ponto de corte para TMC.

[1] Dobrar turno é a maneira como os agentes nomeiam a prática de trabalhar 48hs seguidas (ao invés de 24hs). Muitos agentes dobram turnos, seja para ganhar uma renda extra (quando recebem do colega pelo turno trabalhado em seu lugar), seja para aumentar os dias de folga (prática muito comum em unidades prisionais do interior do estado, onde os agentes penitenciários trabalham 48hs e folgam seis dias, diminuindo o tempo perdido com o traslado, e aumentando o tempo de descanso), ou mesmo para realizar um favor a algum colega que não pode comparecer ao trabalho.

Tabela 1

Resultados do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Variáveis		Abaixo do ponto de corte		Acima do ponto de corte	
Sexo dos participantes	masculino	277	89,94%	88	92,63%
	feminino	31	10,06%	7	7,37%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Tempo de trabalho dos participantes	0 a 5 anos	173	56,17%	42	44,21%
	5 a 10 anos	23	7,47%	7	7,37%
	10 a 15 anos	112	36,36%	46	48,42%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Idade dos participantes	20 a 25 anos	7	2,27%	0	0,00%
	25 a 30 anos	67	21,75%	12	12,63%
	30 a 35 anos	80	25,97%	26	27,37%
	35 a 40 anos	65	21,10%	22	23,16%
	40 a 45 anos	49	15,91%	20	21,05%
	45 a 50 anos	31	10,06%	12	12,63%
	50 a 55 anos	9	2,92%	3	3,16%
	55 a 60 anos	0	0,00%	0	0,00%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Estado civil dos participantes	Solteiro	98	31,82%	15	15,79%
	Casado	160	51,95%	59	62,11%
	união estável	27	8,77%	11	11,58%
	Separado	22	7,14%	9	9,47%
	Viúvo	1	,32%	1	1,05%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Número de filhos do participante	não tem	100	32,47%	22	23,16%
	1	87	28,25%	30	31,58%
	2	83	26,95%	29	30,53%
	3 ou mais	38	12,34%	14	14,74%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Religião dos participantes	Católico	190	61,69%	48	50,53%
	evangélico	54	17,53%	23	24,21%
	Espírita	8	2,60%	3	3,16%
	umbanda/camdomblé	1	,32%	1	1,05%
	sem religião	10	3,25%	7	7,37%
	Outra	45	14,61%	13	13,68%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Escolaridade dos participantes	Ensino médio completo	62	20,13%	23	24,21%
	Ensino superior incompleto	69	22,40%	22	23,16%
	Ensino completo completo	162	52,60%	43	45,26%
	Pós graduação	15	4,87%	7	7,37%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Outra ocupação pelos participantes	Sim	59	19,16%	29	30,53%
	Não	249	80,84%	66	69,47%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Qual é a outra ocupação?	área da segurança	6	10,17%	9	31,03%
	outra área	53	89,83%	20	68,97%
	não se aplica	0	0,00%	0	0,00%
	Total	59	100,00%	29	100,00%

Variáveis		Abaixo do ponto de corte		Acima do ponto de corte	
Dobra de turno no último mês?	nenhuma vez	197	63,96%	63	66,32%
	1 vez	29	9,42%	12	12,63%
	2 vezes	21	6,82%	9	9,47%
	3 vezes	39	12,66%	8	8,42%
	4 ou mais vezes	22	7,14%	3	3,16%
	Total	308	100,00%	95	100,00%
Recursos formais e informais no cuidado em saúde mental e uso de álcool e outras drogas	nunca procurei	251	81,49%	59	62,11%
	atenção primária	2	,65%	2	2,11%
	CAPS, CAPSad	0	0,00%	2	2,11%
	hospital	0	0,00%	0	0,00%
	psiquiatra, psicólogo	45	14,61%	25	26,32%
	CRAS, CREAS	0	0,00%	0	0,00%
	AA, NA	0	0,00%	0	0,00%
	recurso da comunidade	0	0,00%	0	0,00%
	grupo da igreja	10	3,25%	7	7,37%
	outros	0	0,00%	0	0,00%
	Total	308	100,00%	95	100,00%

Padrão de uso de álcool e outras drogas entre agentes penitenciários

Em relação ao padrão de uso de álcool e outras drogas, das 9 substâncias que o ASSIST avalia, 8 foram citadas como já utilizadas pelos AP: tabaco (baixo risco 27,3%, uso nocivo 8,19% e uso dependente 0,5%), álcool (baixo risco 66%, uso nocivo 21,84%, uso dependente 0,5%), maconha (baixo risco 9,1%, uso nocivo 1,49%, uso dependente 0,25%), cocaína (baixo risco 2,98%, uso nocivo 0,74%), anfetamina (baixo risco 0,99%, uso nocivo 0,25%), inalantes (baixo risco 7,44%, uso nocivo 0,25%), hipnóticos (baixo risco 3,72%, uso nocivo 0,25%, uso dependente 0,5%), e em menor escala alucinógenos (baixo risco 0,3%). Há diferenças em relação ao uso de substâncias quanto ao tipo de unidade prisional. Os dados indicam que o trabalho em CDP possui associação positiva com o uso nocivo ou dependente em álcool [$\chi^2(1)=20,54$; $p<0,01$] e tabaco [$\chi^2(1)=6, 37$; $p=0,04$], bem como entre tempo de trabalho e o consumo de maconha [$\chi^2(1)=12,32$; $p=0,02$]. Pessoas que trabalham no sistema há mais de 10 anos mostram-se mais propensas ao consumo abusivo/dependente de *cannabis*. Por fim, possuir outra ocupação na área de segurança aumenta as chances de uso nocivo ou dependente de tabaco [$\chi^2(1)=6,47$; $p=0,04$] e álcool [$\chi^2(1)=12,74$; $p=0,02$]. Os agentes penitenciários que apresentam consumo nocivo/dependente se assemelha ao perfil de trabalhadores com indicativo de TMC: maior tempo de trabalho 10 a 15 anos, ensino superior completo, outra ocupação de área de segurança e dobra de turno no último mês.

DISCUSSÃO

Destacam-se os agravos em saúde enfrentados pelos trabalhadores de prisões, especialmente aqueles decorrentes das características do processo, das condições e da

organização do trabalho. Grande parte do tempo os agentes penitenciários estão sob vigília. Jornadas de trabalho longas, com poucas pausas destinadas a descanso e/ou com refeições de curta duração e em lugares desconfortáveis, turnos noturnos, alternados ou iniciando muito cedo pela manhã, ritmos intensos ou monótonos e pressão de supervisores ou chefias impedem que o trabalhador obtenha controle do tempo de seu trabalho, gerando quadros ansiosos, fadiga crônica e distúrbios do sono (Jardim, Ramos, & Glina, 2014). Apesar de não termos encontrado associação positiva entre transtornos mentais comuns e variáveis como tempo de trabalho e dobra de turno, os dados brutos da pesquisa, bem como os da literatura (Souza & Rumin, 2013) indicam que a permanência no âmbito do trabalho por maior tempo do que o planejado é um fator disparador muito importante e tem estreita relação com a saúde mental dos agentes penitenciário – corroborando com os achados de Alves (2009) que evidenciaram maior prevalência de TMC entre os agentes penitenciários com mais de 9 anos de profissão. O fato dos agentes que estão em um relacionamento estável apresentarem maior probabilidade de atingirem o ponto de corte para TMC pode ser pensada a partir do encargo familiar, visto que comumente implicam em renúncia ao próprio cuidado para dedicar-se ao próximo, culminando em quadros de consternação, ansiedade, frustração, angústia, adoecimento e, sobretudo, ocorrência de transtornos mentais (Lucchese et al., 2014). Os agentes penitenciários dos Centros de Detenção Provisória, mesmo em número menor na pesquisa que os trabalhadores das penitenciárias, apresentaram padrão de consumo abusivo/dependente acima da média nacional (mn) em algumas substâncias, quando comparado aos resultados do II Levantamento Nacional de Drogas (INPAD, 2013), são elas: álcool (40,9%, mn é 16%), maconha (4,55%, mn é 2,5%), crack/cocaína (4,55%; mn é 1,7%) e anfetamina (1,52%; mn é 1,1%). As penitenciárias apresentam consumo abusivo/dependente acima da média nacional somente em relação ao álcool (18,7%). As unidades prisionais que mais se destacam no consumo das substâncias citadas foram a Penitenciária Federal (tabaco, álcool, maconha e cocaína/crack), o CDP da zona sul da capital (álcool, maconha, cocaína/crack, hipnóticos), a penitenciária da região oeste do estado (tabaco), Unidade Psiquiátrica de Custódia e Tratamento (álcool e inalante) e penitenciária da região central do estado (alucinógeno, inalante). Codo (2002) afirma que o sofrimento psíquico e o transtorno mental ocorrem quando o trabalho afeta esferas da vida que são geradoras e transformadoras de sentidos. Nessa perspectiva, as instituições prisionais reúnem situações adversas que expõem os trabalhadores a cenários marcados por estresse extremo e contínuo, insegurança, por relações hierárquicas rígidas, contato cotidiano com a violência, trabalho em espaços confinados e divisão em turnos (Souza & Rumin, 2013), cenário que pode desencadear sofrimento psíquico e uso abusivo de álcool e drogas. De acordo com Lopes (2002), os agentes sofrem devido às ansiedades produzidas pelo próprio ambiente e dinâmica de trabalho; pelo temor de serem atingidos pela violência; pela identidade fortemente marcada por aspectos pejorativos e sem reconhecimento social, pela desvalorização da profissão, encontrando no uso de substâncias uma forma de socialização, de alívio de tais tensões e de compartilhamento de angústias. De acordo com Figueiró (2015), há a construção de um modo de vida entre os agentes penitenciários marcado pela tensão e insegurança, obrigando-os a estarem vigilantes dentro, mas principalmente fora da prisão. Os detentos (e sua rede de contatos)

enquanto sujeitos perigosos constituem ameaça virtual fora dos muros da prisão, nas ruas, esquinas, semáforos. Assim, o trabalho como agente penitenciário tem efeitos e produz modos de vida específicos. Além do medo, observa-se forte limitação com relação ao lazer e vida social, especialmente em espaços públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve por objetivo mapear o padrão de uso de álcool e outras drogas, assim como a incidência de transtorno mental comum entre agentes penitenciários de um estado do nordeste do Brasil. A frequência de sujeitos que atingiram o ponto de corte para TMC, embora se encontre dentro da média nacional (23,57%), chama atenção pelas variáveis com que se relaciona, já que agentes que dobram turno, possuem mais de dez anos de profissão e possuem outra ocupação na área de segurança estão mais propensos a desenvolver TMC. Além disso, possuir outra ocupação na área de segurança e dobrar turno também possui correlação positiva com uso nocivo de álcool e tabaco, o que indica que tais fatores devem ser analisados com mais cuidado na tentativa de propor estratégias de prevenção e promoção a saúde mental para essa categoria profissional. Outro fato que chama a atenção diz respeito ao tipo de unidade prisional na qual os sujeitos trabalham. Os dados apontam que trabalhar em centros de detenção provisória possui correlação positiva com o uso nocivo ou dependente de álcool e tabaco, indicando condições de trabalho problemáticas nas referidas unidades prisionais. Nesse sentido, defende-se aqui a necessidade de atentar para as diversas variáveis apresentadas e sua relação com a saúde mental dos profissionais pesquisados, possibilitando o desenvolvimento de políticas e programas específicos para essa categoria profissional, no intuito de minimizar os efeitos danosos do trabalho no cárcere. O modo como as políticas de segurança pública tem se materializado nas últimas décadas, com superinflação da população carcerária, criminalização de pequenos delitos (a política da "tolerância zero") e constante afirmação de uma cultura do castigo, tem colaborado para que se produza um sistema jurídico-penal adoecedor, seja para os presos, seja para os agentes responsáveis pela custódia destes. Aliás, estamos próximos de completar três séculos de existência de um sistema prisional que, além de não cumprir com os propósitos alardeados de ressocialização, também não produz bons resultados para seus trabalhadores.

REFERÊNCIAS

Alves, V. (2009). *Condições de trabalho de funcionários penitenciários de Avaré-SP e ocorrência de transtornos mentais comuns*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, São Paulo.

Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In M. G. Jacques & W. Codo (Eds.), *Saúde mental & trabalho: Leituras* (pp. 173-192). Petrópolis: Vozes.

Figueiró, R. A. (2015). *Cartografia do trabalho de agentes penitenciários: Reflexões sobre o "dispositivo prisão".* Tese de Doutorado. Natal, Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Gonçalves, D. M., Stein A. T., & Kapczinski F. (2008). Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: A comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(2), 380-90.

Henrique, I. F. S., Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, *50*(2), 199-206.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para políticas públicas de álcool e outras drogas (INPAD). (2013). *II Levantamento Nacional de álcool e drogas*. Recuperado de http://inpad.org.br/wpcontent/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados.pd

Jardim, S. R., Ramos, A. & Glina, D. M. R. (2014). Diagnóstico e Nexo com o trabalho. In D. M. R. Glina & L. E. Rocha (Eds.), *Saúde mental no trabalho: Da teoria à prática* (pp. 49-80). São Paulo: Roca.

Lopes, R. (2002). Psicologia Jurídica o cotidiano da violência: O trabalho do agente de segurança penitenciária nas instituições prisionais. *Psicologia para América Latina, 0*, 1-8.

Lourenço, A. S. (2010). *O espaço de vida do Agente de Segurança Penitenciária no cárcere*: *Entre gaiolas, ratoriras e aquários*. Tese de doutorado. São Paulo: USP.

Lucchese, R., Sousa, K., Bonfin, S. P., Vera, I., & Santana, F. R. (2014). Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*(3), 200-207.

Rumin, C. R. et al. (2011). O sofrimento psíquico no trabalho de vigilância em prisões. *Psicologia: ciência e profissão, 31*(1), 188-199.

Santos, D. C. et al. (2010). Prevalência de transtornos mentais comuns em agentes penitenciários. *Rev. Bras. Med. Trab. São Paulo, 8*(1), 33-38.

Souza, J. C. & Rumin, C. R. (2013). O serviço de atenção à saúde mental aos trabalhadores do sistema prisional. *Revista Transformações.* Disponível em http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=1923:v3n1a05-o-servico-de-atencao-a-saude-menta-aos-trabalhadores-do-sistema-prisional&catid=340&Itemid=91

World Health Organization/WHO. (2002). ASSIST Working Group. The alcohol, Smoking and substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction,* 1183-1194.

World Health Organization/WHO. (1994). *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20): Development, reliability and feasibility. *Addiction,* 2283-2294.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Autoeficácia e tentação em usários de cocaína/crack

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA (*)
ANDRESSA CELENTE DE ÁVILA (*)

Estudos que avaliam a quantidade de usuários de cocaína e crack no Brasil apresentam o crescimento do uso (Fundação Oswaldo Cruz, 2013) e, portanto a necessária avaliação dos prejuízos e tipos de tratamento através de pesquisas sobre este assunto (United Nations Office on Drugs and Crime, 2015). Um dos tipos de tratamento utilizados para comportamentos de adicção é o Modelo transteórico de mudança (MTT) que é utilizado para compreender o processo que ocorre com indivíduos que desejam fazer alguma mudança, e o que pode contribuir ou interferir neste processo (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Dentre os constructos do MTT, está presente a autoeficácia, um mecanismo de mudança que se trata das percepções dos indivíduos quanto à suas próprias capacidades para realizar um comportamento ou chegar a um resultado (Bandura, 1977). Especificamente, a autoeficácia para abstinência é a capacidade de o indivíduo se manter abstinente do uso de drogas (DiClemente, Fairhurst, & Piotrowski, 1995).

Também a tentação para uso de drogas, outro mecanismo de mudança do MTT, é entendida como sendo a vontade de retornar ao comportamento-problema, por exmplo em situações de risco como elementos físicos, psicológicos e sociais (Connors, DiClemente, & Velasquez, 2013). Normalmente a tentação tem uma correspondência negativa em um indivíduo com autoeficácia ou confiança de manter abstinência em um comportamento aditivo (DiClemente, 2003). Diante da necessidade e dificuldade no tratamento de usuários de drogas, como a cocaína e o crack, bem como a importância dos constructos de autoeficácia e tentação na manutenção da abstinência, este estudo tem por objetivo comparar a autoeficácia para abstinência e tentação para uso de drogas de dependentes de cocaína/crack antes e depois de uma intervenção baseada no MTT.

MÉTODO

O delineamento deste estudo é de análise de dados secundários (Hearst, Grady, Barron Kerlikowske, 2003) de um ensaio clínico randomizado previamente realizado. A amostra de 69 participantes foi composta em maioria por homens (68,1%), com idade média de 28

(*) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.

anos (*DP*=7,31), 10 anos de estudo (*DP*=3,46), sem companheiro (a) (85,5%), e da classe B (58%). Os participantes estavam em tratamento em média 65 dias (*DP*=68,60), em abstinência em média 81 dias (*DP*=78,30), tinham como droga de escolha o crack (59,4%), eram dependentes desta mesma substância (39,1%), bem como faziam uso de outras drogas (94,2%) como o tabaco, álcool e maconha. Os critérios de exclusão incluíam indivíduos que apresentassem sintomas psicóticos ou déficits cognitivos identificados na avaliação inicial.

Os instrumentos utilizados para avaliação inicial e reavaliação dos participantes foram: (1) Protocolo de entrevista para a obtenção de dados de identificação quanto a classe econômica (ABEP, 2010) e para investigar o histórico de consumo de substâncias psicoativas (APA, 2002); (2) Escala de inteligência Wechsler para adultos (WAIS-III) (*Screening* de pesquisa) (Wechsler, 1997) para avaliar a cognição e identificar possíveis déficits cognitivos; (3) Mini-exame do estado mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) com o objetivo de avaliar prejuízo cognitivo; (4) Escala de autoeficácia para abstinência de drogas (EAAD) (DiClemente, Carbonari, Montgomery, & Hughes, 1994) que avalia o quanto o indivíduo sente-se confiante de manter a abstinência frente às situações de risco para uso de drogas e é agrupada em quatro fatores: emoções negativas; social/positivo; preocupações; e abstinência/fissura; e (5) Escala de tentação para uso de drogas (ESTUD) (DiClemente et al., 1994) que avalia o quanto o indivíduo sente-se tentado a usar drogas frente às situações de risco para uso de drogas e também é agrupada em quatro fatores: emoções negativas; social/positivo; preocupações; e abstinência/fissura.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe de estudantes de psicologia treinados nos instrumentos e que acessaram instituições de tratamento para uso de drogas (hospitais, clínicas, e comunidades terapêuticas) na cidade de Porto Alegre/RS e em municípios da região metropolitana, os quais autorizaram a execução da pesquisa. Os pacientes eram convidados a participar do estudo e diante do aceite realizavam a avaliação inicial, assim, conforme preenchiam todos os critérios eram inseridos no estudo. A amostra foi randomizada em grupo experimental com 39 participantes e recebeu tratamento de 8 sessões baseado no Modelo transteórico de Mudança (MTT) (Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001) combinado com princípios da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001), e grupo controle com 30 participantes, e que recebeu uma intervenção de 8 sessões baseado na psicoeducação sobre drogas. Após as intervenções grupais coordenadas por psicólogos treinados e acompanhados através de supervisões semanais, foi realizada a reavaliação com os instrumentos já citados.

Esse estudo está inserido em um projeto maior que teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (CEP/PUCRS 11/05322) e todos os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia do mesmo, respeitando a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A análise dos dados foi realizada por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* na versão 21.0, através de estatística descritiva para caracterização da amostra, e nas situações onde a análise ocorreu intra grupos na avaliação inicial e reavaliação, foram utilizados os testes *t* de Student para dados pareados. Sobre as variáveis contínuas, as comparações entre grupos independentes envolveram os testes *t de*

Student e de *Mann Whitney*. Para critérios de decisão estatística foi adotado o nível de significância de 5%. A magnitude das diferenças foi calculada a partir do tamanho do efeito (*effect size*), onde um tamanho do efeito de 0,20-0,49 foi considerado pequeno, 0,50-0,79 como efeito moderado e ≥0,80 como efeito de grande magnitude (Cohen, 1988).

RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados neste estudo, verificaram-se diferenças significativas entre a avaliação inicial e reavaliação no grupo experimental. Também o grupo controle apresentou diferenças, porém em menor magnitude como apresenta a Tabela 1. Entre o grupo experimental e controle, só foi obtida diferenças significativa na avaliação inicial, porém na reavaliação não foram encontradas diferenças.

Tabela 1

Média, desvio padrão e valor de significância estatística intra e entre grupos Experimental e Controle na ESTUD e EAAD

	Grupo experimental (*n*=39)			Grupo controle (*n*=30)			Entre grupos	
	Avaliação	Reavaliação	Intra grupo	Avaliação	Reavaliação	Intra grupo	Avaliação	Reavaliação
Variáveis	Média ± *DP*	Média ± *DP*	*p*¥	Média ± DP	Média ± *DP*	*p*¥	*p*£	
EAAD								
Fator 1	2,6 ± 1,1	3,3 ± 1,0	0,002[a]	3,1 ± 1,1	3,7 ± 1,0	0,002[a]	0,046[a]	0,116
Fator 2	2,7 ± 1,0	3,3 ± 1,2	0,023[a]	3,2 ± 1,1	3,7 ± 1,0	0,018[a]	0,051	0,137
Fator 3	3,3 ± 1,0	3,9 ± 0,8	0,003[a]	3,9 ± 0,7	4,0 ± 0,9	0,162	0,008[a]	0,325
Fator 4	2,8 ± 1,0	3,5 ± 0,9	0,000*	3,2 ± 1,1	3,8 ± 1,0	0,001*	0,083	0,263
Total	2,8 ± 0,9	3,5 ± 0,9	0,001*	3,3 ± 0,9	3,8 ± 0,9	0,002[a]	0,022[a]	0,144
ESTUD								
Fator 1	3,2 ± 0,9	2,3 ± 1,0	0,000*	2,7 ± 1,2	2,1 ± 1,0	0,004[a]	0,026[a]	0,349
Fator 2	3,2 ± 1,0	2,5 ± 1,1	0,000*	2,7 ± 1,2	2,3 ± 1,0	0,083	0,042[a]	0,657
Fator 3	2,4 ± 0,9	1,8 ± 0,8	0,000*	1,9 ± 0,8	1,5 ± 0,7	0,028[a]	0,012[a]	0,185
Fator 4	3,1 ± 0,7	2,3 ± 1,0	0,000*	2,6 ± 1,1	2,2 ± 1,0	0,066	0,042[a]	0,918
Total	3,0 ± 0,7	2,2 ± 0,9	0,000*	2,5 ± 1,0	2,1 ± 0,8	0,012[a]	0,015[a]	0,462

Nota. EAAD=Escala de autoeficácia para abstinência de drogas; ESTUD=Escala de tentação para uso de drogas. Fator 1=Emoções negativas; Fator 2=Social/Positivo; Fator 3=Preocupações; Fator 4=Abstinência/fissura; Total=total da escala ¥: Teste *t* de Student para dados pareados; £: Teste *t* de Student para grupos independentes; *nível de significância $p<0,001$; [a]nível de significância $p<0,05$.

DISCUSSÃO

Pretendia-se com esse estudo avaliar a autoeficácia e tentação em usuários de cocaína/crack após uma intervenção com o MTT. Os resultados da EAAD entre a avaliação

inicial e reavaliação no grupo experimental, apresentaram diferenças estatísticas significativas de $p<0,05$ nas situações de emoções negativas, social/positivo, preocupações, bem como $p<0,001$ na situação de abstinência/fissura e total apresentando, portanto, aumento de autoeficácia após intervenção com MTT.

Os resultados da ESTUD no grupo experimental, apresentaram em todas as situações pontuação menor na reavaliação que na avaliação inicial, com diferença significativa de $p<0,001$. Como refere Prochaska e DiClemente (1982), as frequentes situações tentadoras são: afeto negativo ou angústia; situações sociais positivas; e desejo de retornar ao comportamento anterior, as mesmas que a ESTUD abrange, ou seja, houve diminuição de pontuação no grupo de importantes situações que podem levar à uma recaída.

O grupo controle também apresentou entre a avaliação inicial e reavaliação aumento na autoeficácia para abstinência e diminuição na tentação para uso de drogas, porém, em menor magnitude que o grupo experimental e em apenas algumas situações de risco. Verificou-se que após a intervenção com psicoeducação obteve-se aumento da autoeficácia nas situações de emoções negativas e social/positivo, com nível de diferença estatística $p<0,05$. No estudo de Berman e seus colegas (2010) foi avaliado a autoeficácia para abstinência de cocaína e outras drogas, em um grupo com intervenção baseada na Entrevista Motivacional e um grupo controle com o tratamento usual da instituição da qual pertenciam os participantes. Foi encontrado aumento da autoeficácia entre a avaliação inicial e a reavaliação após três meses de intervenção nos dois grupos, por exemplo, aumento no grupo controle quanto a emoções negativas e social/positivo ao nível de $p<0,05$. Os resultados dos autores corroboram com os encontrados neste estudo no qual os dois grupos (experimental e controle) obtiveram diferenças nas médias de autoeficácia, como em emoções negativas e social/positivo ao nível de $p<0,05$ no grupo controle.

Entre os dois grupos na avaliação inicial encontraram-se diferenças estatísticas significativas quanto às emoções negativas, preocupações e total da EAAD. Na reavaliação, não se verificou diferenças, ou seja, as informações basais diferem significativamente na avaliação inicial, mas na reavaliação as pontuações são semelhantes, não apresentando diferenças significativas. Percebe-se que na avaliação inicial da EAAD, o grupo experimental iniciou com médias menores que o grupo controle, justificando as diferenças significativas encontradas. Já na reavaliação, as diferenças entre as médias foram menores, o que justificaria a falta de diferenças significativas entre os grupos.

Quanto ao tamanho de efeito, verificou-se que a intervenção no grupo experimental apresentou estimativas para o tamanho de efeito mais elevadas na EAAD que aquelas observadas no grupo controle. As situações de abstinência/fissura e total da EAAD obtiveram efeito moderado, e são as mesmas que se verificou maiores diferenças significativas após intervenção ($p<0,001$). Entende-se, portanto, que a intervenção com MTT teve importante efeito para aumentar a autoeficácia no grupo experimental, principalmente na situação de abstinência/fissura. Já no grupo controle um dos resultados de tamanho de efeito mais significativo, na situação de emoções negativas, também condiz com uma das importantes diferenças significativas encontradas neste fator entre a avaliação inicial e reavaliação com $p<0,05$.

O tamanho de efeito da intervenção do grupo experimental na ESTUD mostrou diferenças entre os grupos ainda mais expressivas, onde novamente o efeito no grupo experimental foi superior às estimativas do grupo controle. As situações de emoções negativas, abstinência/fissura e total da ESTUD, obtiveram efeito de grande magnitude e as demais situações efeito moderado. Estes resultados vão de encontro com expressivas diferenças significativas encontradas em todos os fatores na ESTUD após a intervenção com MTT de $p<0,001$. O grupo controle apresentou efeito moderado nas três situações em que também teve diferenças significativas de $p<0,05$ na reavaliação, ou seja, emoções negativas, preocupações e total da ESTUD. Comparando o tamanho de efeito entre os dois grupos as diferenças entre os grupos mostraram-se ainda mais expressivas, onde novamente o efeito no grupo experimental foi superior às estimativas do grupo controle.

Em conclusão, nesse estudo foi possível verificar quanto à autoeficácia mudanças no grupo experimental após a intervenção com MTT, sendo assim, aumentou a capacidade de os usuários de cocaína/crack sentirem-se mais confiantes para manterem a abstinência perante situações de risco para uso de drogas. Também se verificaram expressivas diferenças significativas no grupo experimental na tentação para uso de drogas que teve diminuição, ou seja, a fissura pelo uso nas situações de risco obteve mudança indo de encontro à abstinência. Os resultados de tamanho de efeito também confirmaram o quanto a intervenção com MTT teve efeito nos resultados de autoeficácia e tentação, confirmando-se, portanto, os resultados esperados. O grupo controle também apresentou diferenças tanto na autoeficácia como na tentação, porém em menor magnitude que o grupo experimental.

REFERÊNCIAS

ABEP. (2010). Dados com base no levantamento sócio econômico. Retirado de: http://www.abep.org/novo/Default.aspx.

APA – American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*, 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191

Berman, A. H., Forsberg, L., Durbeej, N., Källmén, H., & Hermansson, U. (2010). Single-session motivational interviewing for drug detoxification inpatients: Effects on self-efficacy, stages of change and substance use. *Substance Use & Misuse, 45*, 384-402. doi: 10.3109/10826080903452488

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Connors, G. J., DiClemente, C. C., Velasquez, M. M., & Donovan, D. M. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions.* New York: Guilford Press.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol, 55*, 141-148. doi: 10.15288/jsa.1994.55.141

DiClemente, C. C., Fairhurst, S., & Piotrowski, N. (1995). The role of self-efficacy in the addictive behaviors. In J. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application*. New York: Plenum Press.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). (2013). Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil [post de blog]. Relatórios online. Disponível em http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil

Hearst, N., Grady, D., Barron, H. V., & Kerlikowske, K. (2003). Pesquisa com dados existentes: Análise de dados secundários, estudos suplementares e revisões sistemáticas. In S. B. Hulley, S. R. Cummings, W. S. Beowner, D. Grady, N. Hearst, & T. B. Newman. *Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica* (2ª ed., 225) Porto Alegre: Artmed.

Karatay, G., Kublay G., & Emiroğlu O. N. (2010). Effect of motivational interviewing on smoking cessation in pregnant women. *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), 1328-1337. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05267.x

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory Research and Practice, 20*, 161-173. doi: 10.1037/h0088437

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *The American Psychologist, 47*(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066X.47.9.1102

United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *World drug report*. New York: United Nations publication.

Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press.

Wechsler, D. (1997). *WAIS-III: Wechsler intelligence scale for adults: Administration and scoring manual.* San Antonio: Psychological Corporation (Original publicado em 1955).

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Habilidades de recusa no tratamento ambulatorial e em comunidades terapêuticas para alcoolistas

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA (*)
HILDA MOLEDA (**)
MARINA ALVES DORNELLES (***)

A dependência de álcool é uma das maiores causas de tratamento para dependência química no Brasil. No tratamento com estes indivíduos um dos maiores desafios é possibilitar um tempo prolongado de abstinência visando a parada do uso definitiva. Um bom repertório de habilidades sociais e de enfrentamento prévio é fator que colabora para a manutenção da abstinência, pois diminui a probabilidade do surgimento de fissuras para o uso de substâncias e ajuda a prevenir lapsos e recaídas.

Entende-se por habilidades sociais, o conjunto de comportamentos que o indivíduo emite ao expressar sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos, de maneira adequada em um contexto interpessoal, resolvendo os problemas imediatos enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas (Caballo, 2003). Para Del Prette e Del Prette (2009), habilidades sociais são classes de comportamentos sociais que a pessoa deve fazer uso para obter sucesso em uma tarefa social, como iniciar uma conversa ou fazer novas amizades.

Ao longo da vida, as interações sociais possibilitam processos de aprendizagens de habilidades e aperfeiçoamentos sociais. Quando essas experiências são desfavoráveis, o desenvolvimento das habilidades sociais pode ser prejudicado, impactando negativamente as relações interpessoais, podendo ser fator que predispõem os sujeitos a desenvolverem distúrbios psicológicos. (Del Prette & Del Prette, 2011). Por exemplo, para auxiliar nas habilidades de interação entre seus pares e amenizar situações estressantes, é possível que o indivíduo com repertório de habilidades sociais baixo, recorra ao uso de álcool e outras drogas pela desadaptação ou falta de outros recursos (Maisto, Connor, & Zywiak, 2000).

As habilidades sociais, em conjunto com a resolução de problemas, gerenciamento de emoções, manejo de estresse e assertividade constituem as habilidades de enfrentamento. Segundo Sakiyama, Ribeiro e Padin (2012), as habilidades sociais são fundamentais para as habilidades de enfrentamento, visto que permitem a estruturação de vínculos responsáveis, seguros e estáveis, gerando boa inserção social e previnindo o uso de substâncias psicoativas. Entende-se por habilidades de enfrentamento todos os esforços de controle cognitivos e comportamentais usados pelo indivíduo para manejar e proteger à

(*) Professora adjunta do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, bolsista Produtividade (CNPq), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

(**) Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

(***) Acadêmica do curso de Psicologia, Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo e Comportamental, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

abstinência (Donovan, 2009). Deste modo, é possível promover uma melhor adaptação do indivíduo, as interações sociais, minimizando o estresse, ou seja, proporcionando bem estar ao sujeito.

Desenvolver um repertório de habilidades de enfrentamento nos indíviduos em processo de abstinências é fundamental para que os mesmos possam estabelecer comportamentos alternativos mais adaptativos. Além disso, para a promoção e manutenção de abstinência é necessário que haja discriminação por parte do indivíduo para identificar situações em que haja risco de utilizar substâncias psicoativas, evitando a probabilidade de consumo de álcool e outras drogas (Marlatt & Witkiewitz, 2009).

Na prevenção à recaída, as habilidades de enfrentamento estão associadas a estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para evitar lapsos e possíveis recaídas (Marlatt & Witkiewitz, 2009). Se o indivíduo não tem uma resposta de enfrentamento efetiva e/ou segurança para lidar com a situação (baixa auto-eficácia; Bandura, 1977), a tendência é "ceder à tentação". A ato de consumir ou não uma dada substância é, então, mediada por diversos fatores, como experiências e expectativas.

Entende-se que o tempo de abstinência, associado com abordagens adequadas para lidar inclusive com a fissura, é essencial para que se alcance um desfecho positivo terapêutico. A reversão de quadros cognitivos pode ocorrer levando-se em conta o tempo de abstinência e o tratamento dispensado.

MÉTODO

Foram comparados dois grupos para o presente estudo em que ambos são compostos por dependentes de álcool. No primeiro grupo foram analisados dependentes de álcool em tratamento ambulatorial. O grupo é composto por 35 sujeitos, sendo eles 77% do sexo masculino (*n*=27) e 23% feminino (*n*=8). Em relação à escolaridade dos participantes, 31,5% estão no ensino fundamental (*n*=11), 20% no ensino médio (*n*=7), 25,7% no ensino superior (*n*=9), na pós-graduação 17,1% (*n*=6) e 5,7% relataram outros tipos de estudo (*n*=2).

O grupo 2 é composto por 68 sujeitos, sendo 58,8% do sexo masculino (*n*=40) e 41,2% do sexo feminino (*n*=28), todos dependentes de álcool. Os 68 indivíduos são residentes de comunidades terapêuticas. Em relação à escolaridade dos participantes, 32,4% estão no ensino fundamental (*n*=22), 19,1% no ensino médio (*n*=13), 25,7% no ensino superior (*n*=9), 17,1% no pós graduação (*n*=6), 5,7% dos sujeitos declararam ter outro tipo de formação (*n*=2).

Para identificar o repertório de habilidades de enfrentamento para substâncias (álcool e drogas), foi utilizado o Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para Abstinência de Álcool e outras drogas (IDHEA-AD). O instrumento possui 30 itens para aferir o repertório de habilidades de enfrentamento para a abstinência e está distribuído em

uma estrutura de 3 fatores, sendo eles: Fator 1 "Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias". Este fator envolve principalmente habilidades para recusar ofertas de substâncias. O Fator 2 diz respeito à "expressão emocional dos afetos positivos para manutenção da abstinência" e está associado a habilidades para demonstrar sentimentos que colaboram para o estabelecimento de situações sociais menos estressoras. Por fim, o fator 3 "Autocontrole emocional em situações adversas" envolve principalmente manejo de raiva.

RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados pelo instrumento IDHEA-AD, não se constatou diferenças significativas nos dois grupos em relação aos fatores.

	Ambulatório (Grupo 1)	Comunidades Terapêuticas (Grupo 2)
	n=35	*n*=68
Sexo	77% masculino 23% feminino	58,8% masculino 41,2% feminino
Fator 1 (média)	19,25	14,54
Fator 2 (média)	7,71	9,05
Fator 3 (média)	8,00	9,01

Nota. Fator 1: Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias. Fator 2: Expressão emocional dos afetos positivos para manutenção da abstinência. Fator 3: autocontrole emocional em situações adversas.

DISCUSSÃO

Segundo Ferrel e Galassi (1981), pacientes com bom repertório de habilidades assertivas em ambientes que tradicionalmente estimulavam o consumo de substâncias, possuem boa perspectiva de suporte social e de manutenção da abstinência. Tanto o grupo 01 (média: 19,25) quanto o grupo 02 (média: 14,54) demonstraram baixa assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias (Fator 01). Com isso, foi possível observar que, no processo de manejo da abstinência entre os pacientes do estudo, existem importantes dificuldades dos mesmos recusarem ofertas de consumo de álcool. Característica comum a dependentes químicos, fato este que fortalece a necessidade de um acompanhamento focado no trabalho de prevenção de recaída para estes pacientes. A fim de antecipar situações que possam vir a ser vivências por estes indivíduos na sua rotina diária. Sabe-se que 70% dos usuários de substâncias psicoativas recaem após iniciar o processo de cessar o consumo, geralmente em até 90 dias (Marques & Ribeiro, 2006).

Bem como, o desenvolvimento de habilidades para reconhecer situações de alto risco e um maior repertório de estratégias pode ser fator facilitador na busca da abstinência (Marlat, 2009). Estudo realizado em um serviço de telemedicina onde foram acompanhados pacientes por 6 meses apontou que durante este período os participantes inicialmente utilizavam mais estratégias comportamentais e com o passar do tempo haviam necessidade de utilizar mais estratégias cognitivas (Constant, 2015). Este dado pode reforçar o fato da amostra em questão ter apresentando baixa assertividade e planejamento. Se inicialmente eles necessitam utilizar mais estratégias comportamentais é possível que tenham uma dificuldade maior justamente neste aspecto. Monti et al. (2005) relatam que é necessário que haja um maior desenvolvimento e treinamento de habilidades assertivas específicas para evitar o surgimento de fissuras. Além disso, Carrol (1998) trata de reduzir a disponibilidade da substância no ambiente diário do indivíduo para que ele siga abstinente.

Em relação ao fator 2 "Expressão emocional dos afetos positivos para manutenção da abstinência", tanto o grupo 01 (média 7,71) quanto o grupo 02 (média 9,05) obtiveram escores baixos. Segundo Sá (2013) esse construto envolve comportamentos que visam criar ambientes menos estressores e mais acolhedores. Considerando que a dependência de qualquer substância é marcada por problemas interpessoais, na manutenção da abstinência é essencial a habilidade de expressar afetos positivos, principalmente em situações aversivas, ou seja, receber críticas de forma adequada, elogiar, desculpar-se, entre outros. A partir dos resultados encontrados, foi observado baixo repertório de expressão emocional de afetos positivos entre os sujeitos do grupo, diminuindo a probabilidade de haver um bom ambiente de relacionamentos e suporte social, e consequentemente, aumentando a chance de ocorrência de recaídas ou fissuras.

No fator 3 de "autocontrole emocional em situações adversas" os escores também foram baixos tanto no grupo 01 (média 8,00) quanto no grupo 02 (média 9,01). Segundo Monti et al (2005) é necessário autocontrole das próprias emoções, para agir de forma assertiva e resolver as situações de maneira adequada. Segundo ele, as consequências dos sentimentos e comportamentos de raixa, agressão, atitudes impulsivas e passividade podem aumentar a probabilidade do sujeito consumir substâncias. A partir dos resultados encontrados de repertório pouco elaborado de habilidades de autocontrole das emoções entre os pacientes, foi observado a dificuldade na manutenção da abstinência.

CONCLUSÃO

Os resultados apresentados encontram-se com a literatura sobre o tema. A baixa assertividade, pouca habilidade para planejar situções de risco, baixo repertório de expressão emocional de afetos positivos, autocontrole emocional em situações adversas são características comuns a dependentes químicos conhecidas em outros estudos (Farabee et

al., 2013; Marlatt & Witkiewitz , 2009). No entanto, como trabalhar esta questões com estes indivíduos e que resultados obtem-se com estas abordagens ainda é pouco estudado.

REFERÊNCIAS

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191-215.

Caballo, V. E. (2003). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.

Carroll, K. M. (1998). *A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Constant, H. M. (2015). *Influência da Intervenção Breve Motivacional nas Estratégias de Enfrentamento (Coping) Utilizadas por Usuários de Álcool para Cessar o Uso* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal dre Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). Avaliação de habilidades sociais: Bases conceituais, instrumentos e procedimentos. In Z. A. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.), *Psicologia das habilidades sociais: Diversidade teórica e suas implicações* (pp. 189-231). Petropolis: Vozes.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2011). Práticas baseadas em evidências e treinamento de habilidades sociais. In A. Del Prette & Z. A. P. Prette, (Orgs.). *Habilidades sociais: Intervenções efetivas em grupo* (pp. 57-82). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Donovan, D. M. (2009). Avaliação dos comportamentos dependentes na prevenção da recaída. In Donovan & Marlatt (Orgs.), *Avaliação dos comportamentos dependentes* (pp. 1-50). São Paulo: Roca.

Farabee, D., McCann, M., Brecht, M., Cousins, S. J., Antonini, V. P., Lee, A. B. et al. (2013). An analysis of relapse prevention factors and their ability to predict sustained abstinence following treatment completion. *The American Journal on Addictions*, *22*(3), 206-211. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00328.

Ferrel, W. L., & Galassi, J. P. (1981). Assertion training and human relation training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, *16*, 959-968

Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, *14*(3), 257-266.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2009). Problemas com álcool e drogas. In Marlatt & Donovan (Orgs.), *Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2ª ed., pp. 15-50). Porto Alegre: Artmed.

Marques, A. C., Ribeiro, M. (2006). *Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria.

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2005). *Tratando a dependência de álcool: Um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento*. São Paulo: Roca.

Sá, L. G. C. (2013). *Propriedades Psicométricas do Inventário de Habilidades de Enfrentamento para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD)* (Doctoral dissertation). Retrieved from http://www.bdtd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=7154

Sakiyama, H. M. T, Ribeiro, M, & Padin, M. F. R. (2012). Prevenção de recaída e habilidades sociais. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Orgs.), *O tratamento do usuário de crack* (pp. 337-350). Porto Alegre: Artmed.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Síndrome metabólica: Compreendendo fatores que dificultam a adesão a um estilo de vida saudável

MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA (*)
NATHÁLIA SUSIN (*)
RAQUEL DE MELO BOFF (*)
ANDRÉIA DA SILVA GUSTAVO (*)
ANA MARIA PANDOLFO FEOLI (*)
MARTHA WALIG BRUSIUS LUDWIG (**)
FABRÍCIO EDLER MACAGNAN (***)

A Síndrome Metabólica (SM) se caracteriza por: circunferência abdominal (homens >102 cm; mulheres >88 cm); triglicerídeos (≥150 mg/dL); HDL colesterol (homens <40 mg/dL; mulheres <50 mg/dL); pressão arterial (≥30 mmHg ou ≥85 mmHg); glicemia de jejum (≥110 mg/dL). Além de aumentar a mortalidade, as doenças cardiovasculares acarretam um custo estimado em cento e sessenta milhões para a saúde, sendo que em 2009 o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) registrou mais de noventa e um mil internamentos (DATASUS, 2011).

O tratamento não medicamentoso da SM envolve a realização de um plano alimentar para a redução de peso, associado ao exercício físico, numa abordagem interdisciplinar para mudança de estilo de vida. No contexto da aquisição de novos comportamentos, o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), auxilia tanto na compreensão quanto no manejo da mudança de comportamento, tendo em vista que a teoria considera a motivação para mudar oriunda do estágio de prontidão para mudança em que o sujeito se encontra. Os autores classificam estes estágios de prontidão em: (a) Pré-contemplação; (b) Contemplação; (c) Preparação (d) Ação e (e) Manutenção. Prochaska, DiClemente e Norcross (1992) referem que os processos de mudança derivam de diferentes teorias sobre mudança de comportamento, as quais descrevem os mecanismos chave que movem as pessoas, representando experiências e atividades tanto internas quanto externas que tornam o indivíduo apto para este progresso. Os processos de mudança podem ser cognitivo-experienciais ou comportamentais. Os primeiros são relacionados aos pensamentos e sentimentos que provocam a mudança, quais sejam: (1) ampliação da consciência; (2) alívio emocional; (3) autorreavaliação; (4) reavaliação circundante e (5) deliberação social. Os processos comportamentais são: (1) autodeliberação; (2) controle de estímulos; (3)

(*) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil.
(**) Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil.
(***) Universidade Federal de Ciências da Saúde, Brasil.

condicionamento (exercício) ou contracondicionamento (dieta); (4) gerenciamento de reforço e (5) relações de ajuda.

Com base nestes construtos, o presente estudo se propôs a identificar os fatores que influenciam negativamente na adesão a um estilo de vida mais saudável em pacientes com SM, que participaram de um programa para Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC).

MÉTODO

Design

Trata-se de um estudo qualitativo, em que todas as sessões de tratamento em grupo foram gravadas, transcritas e analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin (1977).

Participantes

Este estudo contou com 12 voluntários com idades entre 45 e 60 anos que apresentram três ou mais dos fatores de risco que compõem o diagnóstico da SM conforme a I Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica (2005).

Procedimento

A intervenção foi composta de 18 encontros ao longo de seis meses, sendo que nos primeiros três meses os encontros foram semanais e nos três meses seguintes quinzenais. O grupo foi composto por um profissional de cada área da saúde (Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Enfermagem) e tinha como objetivo trabalhar a motivação para a mudança de estilo de vida. Os encontros tinham duração de uma hora e trinta minutos (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001). As sessões foram gravadas e transcritas com a autorização dos participantes.

RESULTADOS

Os relatos dos participantes foram analisados por meio do eixo temático fatores que dificultaram a mudança do estilo de vida e subdivididos em 4 categorias de análise: dor, emoções negativas, prazer na alimentação e questões culturais. Dentre as categorias citadas, as questões culturais apareceram com maior frequência nos discursos.

DISCUSSÃO

A maioria dos participantes era sedentária ao iniciar o estudo e por isso a prática regular do exercício físico causou inicialmente desconforto e dores musculares: *"Sinto dor na perna, atrás, pensei na hidro não me matriculei ainda (...) mas agora não ando tanto de ônibus, faço tudo a pé"* (Feminino, 50 anos). A dor é um importante obstáculo para a continuação do exercício, no entanto é importante que a equipe de saúde traga informações quanto à intensidade e frequência que cada voluntário pode suportar a fim de evoluir para a ação deste comportamento. Conforme os pressupostos do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MTT), os motivos para mudar precisam fazer sentido para o paciente e não para a equipe de saúde, neste sentido os voluntários não foram confrontados, sua dor foi respeitada e a carga de exercício adequada conforme a capacidade de cada um (Simmons, Sluijs, Hardeman, Sutton, & Griffin, 2010).

A presença de outros problemas físicos ligados à saúde pode ser um dificultador para prática de exercício físico, por exemplo, artrites, uma comorbidade muito comum da obesidade, e a dor resultante da mesma são um grande limitador que contribui para a não prática de exercício físico, independentemente da idade, do sexo, etnia e nível de educação dos indivíduos: *"Não entrei na academia ainda, porque me estragou o joelho"* (Feminino, 56 anos). A dor física proporciona emoções negativas e como consequência crenças distorcidas quanto à mudança do estilo de vida o que pode desmotivar os pacientes.Uma das barreiras mais comumente relatadas pelos participantes foi a presença de emoções negativas tal como ansiedade, depressão e uma sensação de vazio. *"Eu fico muito ansiosa, eu não como as coisas que eu não devo comer, mas eu como exageradamente as coisas (...). Eu piro na hora de comer um doce"*. (Feminino, 60 anos). A literatura aponta que semelhante às adições, o comportamento alimentar inadequado pode ser "disparado" por gatilhos emocionais (DiClemente, 2003).

O comer emocional e a autoeficácia são mediadores da relação entre sintomas de depressão, IMC e circunferência abdominal tanto em homens como em mulheres. Possíveis explicações para esse feito mediador do comer emocional são a incapacidade dos participantes de diferenciar fome de emoções negativas e a utilização do comer como uma estratégia para regular a emoção (Bernardi, Cichelero, & Vitolo, 2005; Match, Gerer, & Ellgring, 2003).

O consumo de comidas ricas em gorduras e açúcar provoca o disparo de endorfinas ligadas ao prazer e consequente alívio de emoções negativas. Entretanto é importante notar que esse efeito é paradoxal uma vez que o alívio das emoções negativas é passageiro, pois o aumento de peso consequente do consumo de doces e gorduras pode acarretar mais emoções negativas e culpa (Howland, Hunger, & Mann, 2012).

O comer emocional constitui uma barreira para mudança de estilo de vida tão forte quanto o prazer que alguns alimentos proporcionam uma vez que, na primeira situação o comportamento alimentar constitui uma forma disfuncional de regular as emoções tendo o sabor dos alimentos pouca importância.

Comer é considerado um comportamento altamente motivador e reforçador que pode induzir sentimentos de gratificação e prazer, visto que envolve mecanismos neuronais de recompensa. A escolha das pessoas pelo alimento passa primeiramente por uma esfera automática no processo de decisão que envolve, por exemplo, memórias ligadas ao gosto, ao odor e ao prazer (Salamone & Correa, 2012): *"Quem não gosta de uma costela gordinha assada."* (Masculino, 56 anos).

Os participantes do grupo relataram dificuldades em substituir alimentos não saudáveis por saudáveis em função do sabor*: "Deu uma vontade de um chocolate, aí eu descasquei uma bananinha e coloquei canela (...) meio sem graça, mas fazer o quê"* (Mulher, 53 anos).

A preocupação em relação ao futuro e a proximidade da morte com o passar dos anos, em função da expectativa de vida reduzida, os faz pensar em aproveitar ao máximo e comer doces, por exemplo, quando sentem vontade*: "Comi o ovo* (de páscoa) *inteiro, depois que me dei por conta"* (Masculino, 52 anos). O alimento é relacionado ao prazer e à dificuldade para manter a disciplina e as mudanças de estilo de vida só foram ocorrendo à medida que tinham noção das consequências de seus atos (Fortuna, 2012).

Estudos demonstram que outros fatores além do prazer ditam o comportamento alimentar como a organização da mesa e o ambiente social de forma geral. Em relação a isso, os participantes demonstraram como se sentem oprimidos pela cultura, uma vez que a mídia e o meio social criam um abismo entre um ideal de beleza e o incentivo a alimentação inadequada.

A cultura presente na sociedade moderna idealiza um modelo de beleza inatingível, e exige dos indivíduos um controle da aparência física determinado pelas práticas alimentares, pelos aspectos psicoculturais e em particular pela capacidade de adesão às propostas de mudanças de hábitos e estilo de vida (Vieira & Turato, 2010). Durante o programa, diversos participantes expressaram sua percepção sobre essa cultura dominante e, até mesmo, como ela os revoltava: *"Uma coisa, se eu fosse um ditador, tu assumiste o Brasil hoje e o que tu queres fazer com a saúde hoje? Eu acabaria com todas essas revistas de saúde, modelos. Tu abres uma revista e só tem homens com corpo sarado, mulheres com o bumbum malhado, aquilo mexe com a auto-estima de qualquer pessoa"* (Masculino, 48 anos).

Ao mesmo tempo, a cultura e sociedade estipulam práticas e impõem estilos de vida que vão contra esse padrão de beleza e magreza. A globalização e internacionalização das práticas alimentares, o surgimento dos fast-foods, a automatização dos meios de locomoção e das comodidades do dia a dia (por exemplo, controle remoto, elevador, carro) assim como a falta de tempo reforçam um estilo de vida sedentário (Dalacorte, 2008; Fox et al., 2012; Gee et al., 2012; Toral & Slater, 2007). Um dos participantes traz um exemplo sobre essa questão: *"Ontem eu fui ao cinema e observei só um comentário, as pessoas parecem que não conseguem entrar no cinema sem pegar um pacote de pipoca. É uma relação e agora na copa do mundo vem a mesma coisa, "como é que eu vou ver a copa do mundo sem cerveja?" (*Masculino, 56 anos).

No âmbito das micro influências sociais, o comportamento dos familiares e amigos pode afetar diretamente o comportamento saudável. Sabe-se, por exemplo, que constantes eventos sociais podem ser complicadores na adesão a práticas mais saudáveis: *"Aniversário de criança é uma tristeza e como é que tu não vais ir!"* (Feminino, 54 anos). Ainda, a presença de outros durante a refeição pode induzir o indivíduo a comer mais por meio de expressões faciais e insistência que despertam o desejo por comer: "*Ela disse, ai come mais um pedacinho, amanhã tu retomas a dieta"* (Masculino, 56 anos).

Trabalhar o contracondicionamento por meio de recusas eficazes auxilia o paciente a lidar com essas situações, no entanto é inegável que a comida tem um sentido social relacionado com a afetividade o que faz das influências sociais e culturais significativos obstáculos à manutenção de um estilo de vida saudável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A identificação dos aspectos que podem auxiliar e/ou dificultar a adesão à dieta e exercício físico pode ser uma ferramenta importante para os profissionais que trabalham com mudança de comportamento, na medida em que possibilita uma compreensão maior dos processos de mudança envolvidos nesta população e de como ocorrem, embasando uma intervenção focada e, portanto, mais eficaz

REFERÊNCIAS

I Diretriz Brasileira para Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. (2004). *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 84*(1), 3-28.

Bardin L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bernardi F., Cichelero C., & Vitolo M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição, 18*(1), 85-93.

Dalacorte, R. R. (2008). Síndrome metabólica e atividade física em idosos de uma comunidade do sul do Brasil. Dissertação de Doutoramento em Medicina. Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [DATASUS]. (2011) *Indicadores de internação hospitalar por doenças cardiovasculares*. Recuperado em 14 de julho de 2013, de http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/matriz.htm#morb.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. Guilford: New York.

Fortuna, J. L. (2012). The obesity epidemic and food addiction: clinical similarities to drug dependence. J Psycho*active Drugs, 44*(1), 56-63.

Fox, A. M., Mann, D. M., Ramos, M. A., Kleinman, L. C., & Horowitz, C. R. (2012). Barriers to physical activity in East Harlem, New York. *Journal of Obesity*, 719140. doi: 10.1155/2012/719140.

Gee, M. E., Bienek, A., Campbell, N. R., Bancej, C. M., Robitaille, C., Kaczorowski, J., & Nolan, R. P. (2012). Prevalence of and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (from a national survey of Canadians with hypertension). *American Journal of Cardiology*, *109*(4), 570-575. doi: 10.1016/j.amjcard.2011.09.051.

Howland, M., Hunger, J. M., & Mann, T. (2012). Friends don't let friends eat cookies: Effects of restrictive eating norms on consumption among friends. *Appetite, 59*(2). 505-509. doi: 10.1016/j.appet.2012.06.020.

Match, M., Gerer, J., & Ellgring, H. (2003). Emotions in overweight and normal-weight women, immediately after eating foods differing in energy. *Physiology & Behavior*, *80*(2-3), 367-74.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist, 47*, 102-114.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 51*, 390-395.

Salamone, J. D., & Correa, M. (2012). Dopamine and Food Addiction: Lexicon Badly Needed. *Biol Psychiatry*. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.09.027.

Simmons, R. K., Sluijs, E. M. F. Hardeman, W., Sutton, S., & Griffin, S. J. (2010). Who will increase their physical activity? Predictors of change in objectively measured physical activity over 12 months in the ProActive cohort. *BMC Public Health*, *10,* 226.

Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência e Saúde Coletiva*, *12*, 1641-50.

Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual.* New York: The Guilford Press.

Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2010). Percepções de pacientes sobre alimentação no seu processo de adoecimento crônico por síndrome metabólica: Um estudo qualitativo. *Revista de Nutrição*, *23*(3), 425-432.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

The interaction of sociocultural factors and depression in older people's suicidal ideation and suicidal intention

MARGARIDA TENENTE SANTOS POCINHO (*)

Suicide and suicide attempts are more frequent in the older people than in other age groups. The main risk factor is the presence of a depressive disorder that often goes unnoticed or is insufficiently treated. In fact, there are no clear symptoms that can unequivocally give notice of suicidal intent. Suicidal intent is characterized by restlessness, guilt, expressions of hopelessness, feelings of loneliness, frequent insomnia, weight loss and physical or hypochondriac complaints. Suicide in the older people is often an impulsive act and thus it is difficult to predict when it will occur. Often certain actions or comments of the older people only have a real dimension when the act has been carried out. The quality of the environment of the individual's circumstances constitutes the best way to prevent what is so hard to predict.

Among numerous factors that may be associated with suicide, we can highlight the following: a family history of suicidal behavior; loneliness and social isolation; dependencies (illicit drugs, drugs and alcohol); terminal illness or chronic pain; and social problems (unemployment, hazardous occupations or psychological stress). The resolution of such problems involves the development of strategies that promote self-esteem, and self-concept.

METHODS

The main objective of this study was to assess the interaction of sociocultural factors and depression in suicidal ideation and intent in the older people.

The sample was collected in Alentejo in 372 older people individuals, with similar numbers of men and women. The author is running an anonymous survey for people more than 65-years old among the Alentejo residents who voluntarily accept respond to questions about behaviors and feelings, including attempts at suicide. Survey participants do not need to give many details about their suicidal thoughts and behaviors, but only respond to 11 true/false questions on the ETIIS scale:

(*) DCC, ESTESC-IPC; ISMT, Coimbra, Portugal.

1) I feel that I want to disappear from here.
2) If I can, I would always be asleep; so as not to think about anything.
3) To be alive is good.
4) I'm tired of life.
5) Sometimes I have suicidal ideas.
6) I think that is better to be dead.
7) Suicide seems to me a possible solution to end the suffering.
8) As soon as the opportunity arises, I will tell someone my intent to commit suicide.
9) I talk often about suicide.
10) I have plans for my death.
11) I have clear plans of suicide; I'm just waiting for the occasion.

All items have one point with the exception of number 3 which has zero points. The survey is anonymous and only requires tacit authorization.

The sample largely consists of men (54%) of rural (86%) and illiterate (48%) backgrounds. With regard to religion, 85% of the older people are Catholics but only 29% of this group attends church, which is approximately the same as the number who claim to be atheists (24%). As for hobbies most refer to not having them, or when they do they describe very solitary activities like "sitting in the doorway", "thinking about life", "looking at the horizon and see[ing] people and cars passing". Half of the sample has the habit of drinking and of these 14% have frequent alcohol consumption. Most live in nuclear families (spouses or partners) or lonely (single-person family), and 49% rate their family relationships as good. As for suicide, the majority of respondents did not refer to previous suicide attempts, although 8% have already referred to previous attempts. A history of suicidal behavior among family or friends was reported by 12% and 18% respectively. Suicidal behavior in the local community was reported by more than 23% of our sample. Mental disorders were diagnosed in 19% of the older people. Finally, the question about having a vision about suicide revealed that 69% considered it a deadly sin, while 25% said that is the lesser of two evils (see Table 1).

We conceptualized a hypothetical model based on the classic epidemiological triad of host, agent, and environmental aspects that explain the chain of negative reactions that lead to suicide. Thus, the dimensions that we considered intrinsic to the host were depression and loneliness, which have a positive linear relationship. The environmental dimensions are satisfaction with social support and quality of life, which also correlate positively. The dimensions that partly constitute the suicidal agent are sociocultural risk, and suicidal ideation and intent, which we expected to be positively correlated with each other. We hypothesised that at the intersection of these dimensions there is a negative relationship between environmental and host factors as low values of satisfaction with support and the quality of life correspond to high levels of loneliness and depression and, consequently, high suicide risk. Likewise there is a positive relationship between the host and the agent, which means that high levels of depression and loneliness represent a high suicide risk.

Table 1

General characteristics (n=372)

Older people (*n*=372)		Count	Percent
Gender	woman	171	46
	man	201	54
Residence	Beja	200	53,8
	Portalegre	66	17,7
	Évora	106	28,5
Age	65-74 (young old)	179	48,1
	75-84 (old)	128	34,4
	>=85 (old-old)	65	17,5
State	married	164	44,1
	widow	126	33,9
	single	76	20,4
	divorced	6	1,6
Social environmental	urban	52	14
	rural	320	86
School	illiterate	178	47,8
	literate	69	18,5
	1st Cycle Basic Education	111	29,8
	2nd Cycle Basic Education	6	1,6
	3rd Cycle Basic Education	4	1,1
	higher education	4	1,1
Religion	none/ atheist	92	24,7
	practicing Catholic	108	29
	Catholic Non practicing	166	44,6
	another Christian faith	6	1,6
Hobbies	none	149	40,1
	individual / solitary hobbies	114	30,6
	collective hobby	109	29,3
Alcoholic habits	none	185	49,7
	casual	78	21
	at meals	58	15,6
	meals and between them	51	13,7
Familiar typology	unipersonal + household	38	10,2
	unipersonal	144	38,7
	nuclear	164	44,1
	enlarged	22	5,9
	without information	4	1,1
Familiar relationship	poor	52	14
	reasonable	135	36,3
	good	181	48,7
	without information	4	1,1
Recent lost	no	261	70,2
	yes	111	29,8
Polymedication	no	247	66,4
	yes	125	33,6

Table 1

General characteristics (n=372)

Older people (*n*=372)		Count	Percent
Previous suicide attempts	no	341	91,7
	yes	31	8,3
Familiar's history of suicide	no	326	87,6
	yes	46	12,4
Friend's suicide behaviors	no	306	82,3
	yes	66	17,7
Local's suicide behaviors	no	285	76,6
	yes	87	23,4
Pathology diagnosed	no	300	80,6
	yes	72	19,4
Vision of suicide	noble resolution to a personal dilemma	21	5,6
	is the lesser of two evils	91	24,5
	deadly sin	256	68,8
	without information	4	1,1

To test the model given the expected illiteracy of subjects in the study, we used the questionnaire assessing sociocultural risk (QASC) created by Pocinho (2007a), the Portuguese version of the geriatric depression scale (GDS) from Pocinho, Farate, Dias, Lee, and Yesavage (2009a), the suicidal intent and suicidal ideation discussion (ETIIS) from Pocinho (2007a), the Portuguese version of the loneliness scale (UCLA) from Pocinho, Farate, and Dias (2010), the social support scale (SSQ) from Pinheiro and Ferreira (2002), and the assessment of quality of life (ETAQV) from Pocinho (2007a).

The data collected were entered and processed through SPSS software.

We wanted to assess the interaction of sociocultural factors and depression in suicidal ideation and intent in the older people. Necessarily, we had to establish a method of data collection that would allow us a broad view of the issues that may be implicated in those attitudes and behaviours (economic issues, level of satisfaction with life and health, perceived social support, sad moods, mental and physical failures, sickness, loneliness, etc.). For this purpose we used a battery of tests, which, after validation and verification, was composed of a total of 119 questions (QASC-19, GDS-27, ETAQV-34, ETIIS-11, UCLA-16 SSQ6-12) that assessed both objective and subjective data.

Regarding the scales used, it should be noted that the ETAQV-34 measures four dimensions involved in quality of life: life satisfaction (SV); perceived health (SP); perceived economic situation (SEP); and the overall quality of life (ETAQV) that results from the sum of the previous three subscales. Likewise, the 11-question ETIIS measuring suicidal intent (INS), suicidal ideation (IDS), and the suicidal intention and/or ideation (ETIIS) results from the sum of the INS and IDS. The SSQ-6 measures the perceived availability of support (SSQN with six items) or the quality or satisfaction with the

perceived availability of that support (SSQS with another six items). The other scales have been used as one-dimensional structures.

To obtain valid, consistent and robust results, we undertook a pilot study with 660 individuals to construct and adapt the measurement instruments. For the development of the ETTIS, Pocinho (2007b) used two techniques. Similarly, in this study, we adopted the most commonly used techniques of construction and validation of measures in health: clinimetrics (in which the first pool of items is the result of the judgment of patients, doctors and other health professionals about the clinical phenomena in study) and psychometrics (a scale reduction based on statistical techniques).

RESULTS

Most of the sample respondents claim to be Roman Catholics, have individual/solitary hobbies (such as watching television, listening to radio, strolling alone in gardens, being seated in public squares to see people and cars, etc.), do not drink frequently, live in nuclear families (with spouses or partners), and rank relationships (mostly family) as reasonably poor. The sample respondents were mostly drawn from a rural and uneducated population.

Most of the older people were Catholic (76%), did not have hobbies and, if they did, they engaged in very solitary pursuits such as sitting in the doorway to "think about life," looking at the horizon and seeing people and speeding cars when they pass; 50% of the respondents said they had a drinking habit and 14% consumed alcohol frequently.

Most of the older people made no mention of previous suicide attempts (ST); however, 8% had attempted it. Others (12%) reported previous suicide attempts in their family, and 18% reported previous suicidal behaviour in their friend's antecedents.

In our hypothetical explanatory model of suicide we considered that the intent and/or suicidal ideation (ETIIS) has a positive linear relationship with depression and with loneliness and these were the dimensions that intrinsic to the host. Here, environmental dimensions are defined as the satisfaction with social support and quality of life that relate to ETIIS, so that the higher the quality of life the lower the suicidal intention and/or ideation, and the more satisfied participants are with (SSQ-S6) the less social support there is for suicidal intention and/or ideation. As for the dimensions that constitute the suicidal agent, we considered sociocultural risk and suicidal ideation and intent, which positively correlate with each other. At the intersection of these dimensions, we have found that there is a negative relationship between the host and environmental factors, i.e. lower values of satisfaction with support and quality of life correspond to high levels of loneliness and depression and, therefore, high risk of suicidal behaviour. Similarly, there is a positive relationship between host size and agent, which means that high levels of depression and loneliness could represent an equally high suicide risk.

Table 2

Correlation between suicide and loneliness, depression, social support and suicidal risk

		ETAQV	UCLA	GDS	ETIIS	SSQ-N6	SSQ-S6
UCLA	*r*	-0,672(**)					
	p	0					
	n	372					
GDS	r	-0,528(**)	0,484(**)				
	p	0	0				
	n	372	372				
ETIIS	*r*	-0,625(**)	0,558(**)	0,694(**)			
	p	0	0	0			
	n	372	372	372			
SSQ-N6	*r*	0,356(**)	-0,420(**)	-0,264(**)	-0,283(**)		
	p	0	0	0	0		
	n	344	344	344	344		
SSQ-S6	*r*	0,528(**)	-0,589(**)	-0,415(**)	-0,548(**)	0,545(**)	
	p	0	0	0	0	0	
	n	360	360	360	360	340	
IRSI	*r*	-0,566(**)	0,444(**)	0,342(**)	0,424(**)	-0,296(**)	-0,440(**)
	p	0	0	0	0	0	0
	n	372	372	372	372	344	360

Note. **p<0.01 (2 tailed).

The average result of the scales can be found in the Table 3.

Table 3

Standard values

	Socio-cultural risk (IRSI)	Loneliness (UCLA)	Suicidal intention and/or ideation (ETIIS)	Suicidal ideation (IDS)	Suicidal intention (INS)	Depression (GDS)	Intensity of support (SSQ-N6)	Satisfaction with Support (SSQ-S6)
Mean(c)	12	35	1,69	1,32	0,37	10	1,74	4,44
Std deviation (S)	2	10	2,49	1,88	0,86	7	1,47	1,55
Median	12	34	0,50	0,00	0,00	10	1,50	5,00
Mode	11	32	0,00	0,00	0,00	5	0,00	5,00
Max	17	64	10,00	6,00	4,00	23	9,00	6,00
Mín	8	16	0,00	0,00	0,00	0	0,00	1,00
absence	279 (75%)	151 (41%)	300 (81%)	290 (78%)	356 (96%)	225 (60%)		
presence	93 (25%)	221 (59%)	72 (19%)	82 (22%)	16 (4%)	147 (40%)		

Loneliness and depression are the most relevant problem situations for the older people population overall, with a prevalence of 39% and 36%, respectively. Half of the older people respondents (50%) believed that they had a poor or very poor quality of life, while 23% of the control group considered it good or very good. Seemingly, health and satisfaction with life are the aspects that are less pleasing to respondents, as it is with

respect to these two points that individuals exhibit lower levels to what we define as a reasonable quality of life, with rates of 19% and 16%, respectively.

Also found in this group was a relevant statistical relationship between suicide and depression, sociodemographic risk, loneliness and quality of life.

We found that the average values of the GDS for the diagnosis of depression are higher when two conditions are present: the older people person is 75 years or older, and, at the same time, feels that a good family relationship is lacking in their life. We noticed also that there is a significant increase in the mean values of the GDS in cases in which the older people person is illiterate, there is high level of prescribed medication, and the person has poor family relationships.

However, the variables that are more associated with depression in the older people population in general are quality of life (ETAQV) and loneliness (UCLA). Indeed, older people who perceive their quality of life as very poor (=87) have, on average, 20 of the 27 symptoms of depression. Given that the cut-off of GDS is 11 symptoms (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009b), and older people have a mean of 20, this it is important to reflect on this relationship. Similarly, though with a lesser apparent severity, older people people presenting 17 of the 27 symptoms of depression relate accumulated feelings of loneliness and poor quality of life (Pocinho et al., 2009b). The justification for such high statistical relationship, and the rates of depression identified, can be attributed to the sense of loss associated with objectal loss of status and powers of traditional leadership. In fact, given the description of the rural older people population studied, this event may have them emptied the Self, leading to major difficulties of introjection and identification of a predominantly depressive nature.

Relative to the average values of loneliness in the older people population in general, these feelings of loneliness were significantly related to quality of life, family typology, depression, polypharmacy and the quality of social support; the values for loneliness increased from 31 to 44 with the degradation of quality of life (ETAQV). Similarly, older people living alone (single-family type) and having a poor quality of life also reached average levels of loneliness of 41. Given that the cut-off is 32, the average values presented should be alarming. In fact the gap between the past and the current image, the climate, abandonment of the land and the overall decline in the region, has limited future horizons for seniors. It will likely be a combination of all these aspects that explains these values in this group of older people people.

The sociocultural risk of suicide (25%), loneliness (59%), suicidal intention and/or ideation (19%), and depression (49%) are the most relevant problem situations in the studied population.

We also found that 69% of the older people consider that they have a poor or very poor quality of life. Only 16% considered it as good (versus 23% of controls). Furthermore, 17% of the older people referred to a very precarious economic situation, 25% indicated a very deficient state of health and 30% were dissatisfied with life.

The suicidal intention/ideation variable was dependent on the economic situation, perceived health status and satisfaction with life. More precisely, a bad economic situation, poor health and lack of satisfaction with life were linked to the presence of suicidal intent.

We found also that suicidal intent and ideation are associated with several other factors which may be sociocultural, such as religious belief, the cultural acceptance of suicide among the older people, relationship/family support, a family history of suicide, suicidal behavior in friends or the community, previous suicide attempts, family type, marital status, age, and suicidal behavior. Of all these factors, those that showed the strongest identification in this respect were a) the definition of suicide and religion; when suicide was defined as a noble resolution for a personal problem or concern and the older people have no religion, it was b) the presence of suicidal intent and/or ideation.

We found that suicidal intention and/or ideation (ETIIS) has a strong positive linear relationship with depression (0.694) and a moderate one with loneliness (0.558), and these were the dimensions that we considered intrinsic to the host in our explanatory model of suicide.

According to our model, the environmental dimensions are satisfaction with social support and quality of life, which correlate negatively with ETIIS, such that the higher the quality of life, lower is the suicidal intention and/or ideation; also the more satisfied individuals are with the social support (SSQ-S6), the less is suicidal intention and/or ideation. Among the dimensions that comprise the agent's risk of suicide, we found that sociocultural risk and suicidal ideation and intent correlated positively with each other.

It is apparent, then, that there is a negative relationship between the host factors or environmental factors: at low values of satisfaction with support and quality of life there are corresponding high levels of loneliness and depression, and therefore a high risk of suicide. Likewise, there is a positive relationship between host and the agent, which means that high levels of depression and loneliness represent an equally high risk of suicide, and vice versa.

The explanatory model of suicide we hypothesized was confirmed: suicidal ideation and intent joined the intrinsic host factors and loneliness (UCLA) to the agent. Thus, we can say that, in general, suicide intertwines aspects of the host, the environment and the agent and, as intrinsic dimensions of the host, we can identify depression (GDS) and loneliness (UCLA), which have a positive linear relationship. The environmental dimensions are satisfaction with social support and quality of life, which also show a positive relationship.

Figure 1 demonstrates how they relate to variables of the hypothesized model of suicide.

At the intersection between these dimensions we have found that there is a negative relationship between the host and environmental factors: low values of satisfaction with support and quality of life show correspondingly high levels of loneliness and depression, and consequently, a high risk of suicide. Likewise, there is a positive relationship between the size of the host and the agent, which means that in the older people population in general, high levels of depression and loneliness represent an equally high suicide risk.

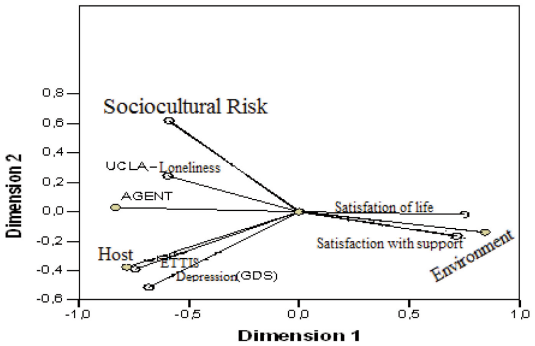


Figure 1. Model of Suicide

CONCLUSION

As in the study of Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, and Harriss (2005), this work found that suicidal intent and ideation are associated with sociocultural variables (religion, education and social representations of suicide); social-familial factors (age, marital status, family support, family structure, family history of suicide, suicidal behavior of friends and community members); and personal history of suicide attempts. Outstanding among sociocultural factors are the representations of suicide and religious belief; in fact, suicidal intention/ideation was significantly associated with the definition of suicide as a noble resolution of a personal problem and a lack of faith or religious conviction. Masango et al. (2008) refers to the association between depression and suicide. In this study, suicidal intent and ideation (measured by ETIIS) show a strong positive linear relationship with depression (0,694) and a moderate relationship with loneliness (0,558), precisely the dimensions assigned to the host in the comprehensive model of suicide empirically tested in this study.

REFERENCES

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: A systematic review of risk factors. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(6), 693-704. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960561

Masango, S., Rataemane, S., & Motojesi, A. (2008). Suicide and suicide risk factors: A literature review. *SA Fam Pract*, *50*(6), 2-29.

Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação da versão portuguesa do social support questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, *30*, 315-333.

Pocinho, M. T. S. (2007a). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto. Retrieved from http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/154

Pocinho, M. T. S. (2007b). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto. Retrieved from http://dspace.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/154

Pocinho, M. T. S., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades*, *18*, 65-77.

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009a). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, *32*(2), 223-236. doi: 10.1080/07317110802678680

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009b). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, *32*(2), 223-236. doi: 10.1080/07317110802678680

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Idosos em centros de convivência: Significados de direitos humanos e políticas públicas

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MARTINS CATÃO (*)
KÁTIA KAROLINA RODRIGUES ROCHA (*)

Tendo em vista a realidade do envelhecimento populacional, o contexto de exclusão das sociedades contemporâneas, o padecimento psicossocial vivenciado pela pessoa idosa, tem-se como objetivo, refletir sobre idosos e saúde: direitos humanos e políticas públicas sob a ótica desses sujeitos. Este estudo de caráter descritivo analítico está vinculado ao NEIDH – Núcleo de Estudos Psicossociais da Exclusão/Inclusão e Direitos Humanos UFPB – Universidade Federal da Paraíba Brasil, trata de um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado – Envelhecimento em contexto de exclusão/inclusão social: emoção e consciência do vivido, apoio CNPq e CAPES.

A população mundial com mais de 100 anos deverá aumentar 15 vezes entre 1999 e 2050: de 145 mil para 2,2 milhões (IBGE, 2002). ONU – Organização das Nações Unidas estipulou que, em 50 anos, de 1975 a 2025, a população mundial entrará em processo de envelhecimento, fenômeno chamado da Era do Envelhecimento. Em 1950, a população com mais de 60 anos correspondia a 8,1% da população mundial, em 2010, passa a representar 11% de toda a população e, em 2050, este segmento deverá corresponder a 21,9% de toda a população (ONU, 2000).

Conforme pesquisas, realizadas, ainda se desvaloriza a condição de envelhecer, as elaborações de significados do envelhecimento como perdas, ainda são aspectos salientes (Debert, 2000). Atualmente é perceptível mesmo que discretamente, as alterações conceituais dos significados associados ao envelhecimento e a saúde, vem ganhando aos poucos um sentido de liberdade, de traçar novos objetivos, alcançar novas conquistas e satisfação pessoal. As experiências acumuladas ao longo da vida passam a representar a possibilidade de construção de novas identidades, e retomada de projetos antigos, além de novas construções de relacionamentos com o mundo e com aqueles que os cercam (Catão, 2007; Catão & Grisi, 2014; Debert, 2000; Felix & Catão, 2013; Neri, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde não como ausência de doenças, mas como um estado completo de bem-estar físico, espiritual e social. No Brasil, em 1986, foi desenvolvida a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual foram discutidos os temas: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde. A concepção abrangente

(*) Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

de saúde descrita na Constituição Federal Brasil (1988), é deslocada de um modelo assistencial, centrado na doença, para um modelo de atenção integral à saúde, envolvendo ações de promoção e de proteção, juntamente com as de recuperação.

Um novo paradigma representa, portanto, uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva do modelo biomédico, mecanicista, individual, mas, numa perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para a solução de problemas, definir políticas, elaborar estratégias para a ação política na saúde, direcionada ao coletivo (Sícoli & Nascimento, 2001; Straub, 2005).

Historicamente, pode-se mencionar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), promulgada pela lei nº 8842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1948/96 e o Estatuto do Idoso (2003) são dispositivos legais que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e direcionam/exigem a ação do Estado na proteção dos mesmos. Porém, é sabido que a efetivação de uma política pública requer atitude consciente e ética dos cidadãos envolvidos e interessados em viver envelhecendo do modo mais saudável possível. Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos co-responsáveis por esse processo

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa-intervenção que utiliza a metodologia SEOP (Serviço de Escuta e Orientação Psicossocial). O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, parecer número 724513/2014. Participaram do estudo 31 idosos do sexo feminino, com idades entre 56 e 89 anos, em atendimento no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoa Idosa da cidade de João Pessoa/PB/Brasil. Universidade Federal da Paraíba. Esta pesquisa conta com o apoio do CNPq-Conselho Nacional de Pesquisa, projeto PIBIC

Recolha de Dados

Foram realizadas escutas psicossociais com aplicação de entrevistas semiestruturadas e questionários semiabertos para caracterização sociodemográfica, durante os plantões semanais de escuta e de orientação psicossocial.

Análise dos Dados

Optou-se pela análise de conteúdo temática (Bardin, 1978; Catão, 2001) orientada pela abordagem da Psicologia Sócio-Histórica, que enfoca a subjetividade como intersubjetividade, entendida como sistema complexo de configuração permanente das

relações do todo e das partes, a fim de que a partir das narrativas dos sujeitos pudessem ser construídas novas maneiras de pensar sobre o que foi dito, e consequentemente, novas maneiras de ser e estar no mundo. O material foi organizado em corpus e analisado de modo a separar-se em eixos temáticos, que vislumbraram os temas da presente pesquisa. Foram consideradas as comunicações explícitas e implícitas dos sujeitos nas entrevistas, a fim de fazer uma ampla interpretação dos conteúdos·.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Capturou-se pelo processo de pesquisa e intervenção com narrativas dos sujeitos do estudo, um eixo temático denominado – Idoso e Saúde: Direitos humanos e políticas públicas: significados e sentidos em três subeixos: Busca pelos direitos e responsabilização do governo; Ausência de direitos para todos; Políticas públicas do que tratam?, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1

Distribuição – Eixo e subeixos temáticos sobre significados Saúde – Direitos Humanos e Políticas Públicas por idosos em Serviços de Convivência

Eixos e subeixos temáticos	(*f*)	%
Saúde – Direitos Humanos e Políticas públicas:		
Busca pelos direitos e responsabilização do governo	58	34,3
Ausência de direitos para todos	54	31,9
Políticas públicas – do que tratam?	57	33,8
Total	169	100

Saúde – Direitos humanos e políticas públicas: Por idosos em Serviços de Convivência

Os idosos apresentam visões diferenciadas, por um lado elaboram concepções sobre saúde na sua concepção mais abrangente no que diz respeito ao bem estar psicossocial e seu diálogo com os direitos humanos e as políticas públicas, configurado por uma perspectiva de passividade no processo de busca por direitos, responsabilizando única e exclusivamente os representantes do governo: “pra mudar mesmo alguma coisa, depende muito dos políticos né, se eles cumprissem mais o que falam” (76 anos); “acho que o governo não investe em direitos humanos e políticas” (65 anos); outra parte se diz aproveitar bem das políticas públicas existentes e que estas estão postas de modo satisfatório: “hoje eu tô aprendendo a ler pelo programa Brasil alfabetizado” (64 anos); “não tenho plano de saúde, mas nunca fiquei sem atendimento também, o SUS dá conta. por enquanto, acho que tá tudo bem” (79 anos); e outros afirmam não existirem direitos

humanos, pelo menos não para todos: “a gente vai procurar os direitos da gente, e não encontra. e pra encontrar é muita dificuldade, muito trabalho” (56 anos); “eu não vejo prática dos direitos humanos não/sinceramente, não vejo importância disso. eles dão mais direito aos errados do que aos certos” (69 anos).

Foi possível verificar um distanciamento dos idosos na busca pela saúde como direito, observa-se que o desconhecimento ainda é mais comum do que se imagina. Polignano (2001) expressa que houve um tempo em que pouco ou nada se falava dos direitos sociais e apesar deste comportamento vir modificando-se nas últimas décadas, percebe-se que, especificamente dentre as pessoas idosas, ainda há pouca informação acerca disto, o que acaba gerando uma falta de protagonismo na luta pelo seu lugar social. Contudo, vale destacar que o acesso ao serviço de fortalecimento de vínculos através dos grupos de convivência, tem sido um agente de mudança neste sentido, minimizando os efeitos da exclusão historicamente sofrida.

As narrativas apontam ações que deveriam ser feitas nas mais diversas áreas, como educação e segurança: “Olha, educação precisava ser uma coisa mais organizada, mais estudada, a gente tem os neto da gente que estuda, a gente vê dificuldade de um lado, dificuldade do outro e tá faltando assim, um pouco de ajuda do nosso governo” (79 anos); “também outra coisa que eu estou achando assim muito ruim na minha vida é a violência, eu... até saia de noite, adorava ir para o teatro, hoje eu não vou mais pra canto nenhum, porque a violência tipo que tá, não tem história de ser novo ou velho mais... né? (69 anos); “isso aí tá ficando uma coisa que a gente tá cada dia ficando com mais medo, vai chegar um ponto de ficar gente... muitas pessoas com... com síndrome do pânico. De sair de casa” (69 anos). Observa-se nas falas postas a vontade por parte da entrevistada de ser independente e sair sozinha, entretanto frente a ausência de companhia e a situação de insegurança contribuem para a vulnerabilidade do idoso.

Indagou-se a uma entrevistada de quem depende essas ações, e ela expressou: “Ué, depende das autoridades! Depende do Governo Federal, governo estadual, prefeitos, políticos, vai. Políticos no geral, aqui em João Pessoa está faltando isso” (79 anos). Verifica-se um número significativo de narrativas apontam como principal responsável o governo pela concretização dessas ações: “Acho que o governo, né? Sim. Prefeito, governo, tudinho... deveria ajudar” (65 anos). Pensa-se que a consciência refletida da população no sentido de cobrar das autoridades maior compromisso é fundamental para mudar este panorama.

Os relatos dos sujeitos, no que dizem respeito à temática, retratam a forma com que vêm a ação e a não ação no sentido do acesso à saúde, direitos humanos e políticas públicas, bem como o entendimento que possuem sobre a temática. “Direitos humanos, é um direito que a gente tem, é ser tratado com respeito, ser cuidado com mais atenção, direitos humanos é olhar pra gente, cuidar das pessoas” (72 anos); “Os direitos humanos poderiam ser melhores em relação a mais humanização, em relação à violência, que olhassem um jeito de mudar a situação” (68 anos); “Direitos humanos pra mim é o direito da pessoa, eu entendo que são os direitos dos cidadãos, das pessoas, só isso mesmo. Políticas públicas e

sociais eu não sei o que falar não. Não entendo muito" (58 anos); "Em relação aos direitos humanos e política social/política pública, eu não sei responder não" (73 anos).

Como é possível observar a temática dos direitos humanos (Tosi, 2005; Catão, 2005) é mais destacada pelos sujeitos participantes, apesar de ainda tímida, do que a de política pública. Neste aspecto existe um certo distanciamento no que se refere ao entendimento dos participantes sobre a temática da política pública – Política pública do que trata? Apesar de estarem sendo beneficiados e frequentarem um serviço público de assistência à pessoa idosa. Esse distanciamento reforça a necessidade do trabalho de conscientização desses sujeitos, no sentido de fomentá-los a entender mais sobre o tema e posteriormente estarem inseridos nos debates, na luta pela melhoria dos serviços e na cobrança pelos seus direitos. Além disso, o trabalho com esses sujeitos proporciona uma reflexão sobre a implicação dos mesmos, qual o seu papel na sociedade,

No âmbito das políticas públicas são consideradas também as "não ações", as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos. "Como o poder é uma relação social que envolve vários atores com projetos e interesses diferenciados e até contraditórios, há necessidade de mediações sociais e institucionais, para que se possa obter um mínimo de consenso e, assim, as políticas públicas possam ser legitimadas e obter eficácia" (Teixeira, 2002). Neste sentido os sujeitos relatam os seus sentimentos de descontentamento em relação aos serviços prestados à sociedade e especificamente à população idosa: "Em relação ao acesso, em fase de aposentadoria e envelhecimento, a saúde é péssima, o atendimento demora, a gente faz um exame o resultado demora muito" (70 anos); "Em geral, tem que melhorar muito" (70 anos); "O acesso aos serviços poderia melhorar, todos os setores, segurança, moradia, a saúde e a educação. As coisas estão mudando um pouco, não mudou muito não, mas vem caminhando, tá melhorando" (72 anos); "Os idosos são humilhados nos serviços em geral" (63 anos).

Os resultados apontam para um nível de descontentamento dos participantes em relação ao tratamento da sociedade e das instituições para com o idoso. Observa-se também, um distanciamento no que se refere à tomada de consciência dos seus direitos e da própria concepção de saúde como direito humano e políticas públicas.

Conclui-se que é necessário um maior empoderamento dos sujeitos (Catão, 2007; Sawaia, 2006; Vigotsky, 2000, 2004) quanto ao conhecimento, questionamento, reflexão e acesso aos direitos humanos e politicas públicas humanizando o vivido no processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (1978). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brasil. (2003). *Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde* (1ª ed., 2ª reimpr.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2006). *Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde* de n° 2528, de 19 Outubro de 2006, que aprova a *Política Nacional de Saúde do Idoso.*

Catão, M. F. (2005). Exclusão/Inclusão Social e Direitos Humanos. In G. Tosi. (Org.), *Direitos Humanos: História, teoria e prática.* (pp. 321-338). João Pessoa: Editora Universitária.

Catão, M. (2007). O que pedem as pessoas da vida e o que desejam nela realizar? In E. Kruttzen & S. Vieira (Eds.), *Psicologia Social, clínica e saúde mental* (pp. 75-94). João Pessoa: Ed. Universitária.

Catão, M. F., & Grisi, A. F. M. (2014). *Life project and work as matter of exclusion/inclusion of the elderly person*. Estudos em Psicologia.

Debert, G. G. (2000). O significado da velhice na sociedade brasileira. *Acta paulista de enfermagem*, *X*, 147-158.

Gomes, S. (2009) *Políticas públicas para a pessoa idosa: Marcos legais e regulatórios.* São Paulo: Fundação Padre Anchieta.

Felix, Y. T. M., & Catão, M. F. (2013) Envelhecimento e aposentadoria por polícias rodoviários. *Psicologia & Sociedade, 25*(2), 420-429.

Neri, A. (2008). Velhice e qualidade de vida na mulher. In A. Neri (Org.), *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. X-X) Campinas: Papirus.

Polignano, M. (2001). *História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão. Cadernos do internato rural*. Faculdade de Medicina/UFMG.

Sawaia B. B. (2006). O sofrimento ético-politico como categoria de análise da exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petropólis: Vozes.

Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde* (1ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Teixeira, E. (2002). *O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade*. Salvador: AATR.

Tosi, G. (2005). *Direitos humanos: História, teoria e prática*. João Pessoa: Ed. Universitária.

Vigotski LS. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Vigotski LS. (2004). *Teoria e método em psicologia* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Significados de si e do projeto de vida em contexto de saúde/doença

MARIA DE FÁTIMA FERNANDES MARTINS CATÃO (*)
MARIA DENISE DE ASSIS (*)
HELOISA HELENA PINHO VELOSO (*)
PAULA ÂNGELA S. MONTENEGRO DE ALMEIDA CUNHA (*)

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas dimensões emocional, social e material, que quase sempre ocorrem (Cunha, Catão, & Costa, 2009). Evidencia-se no trabalho com pessoas em tratamento oncológico, a atenção à configuração emocional na relação do ser humano com a saúde/doença.

O estudo em epígrafe, de caráter descritivo analítico está vinculado ao NEIDH – Núcleo de Estudos Psicossociais da Exclusão/Inclusão e Direitos Humanos, trata-se de um subprojeto do projeto de pesquisa intitulado – Saúde/doença em contexto de exclusão/inclusão social: emoção e consciência do vivido. Coloca-se como um recorte de uma prática realizada em parceria pelo SEOP – Serviço de Escuta e de Orientação Psicossocial: Projeto de vida e trabalho, NEIDH-UFPB (Catão, 2007, 2011) e o programa ERO – Endodontia e Reabilitação Oral – Reconstrução de Projeto de vida no paciente com neoplasia de cabeça e pescoço (Montenegro, Veloso & Cunha, 2014) no HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley UFPB – Universidade Federal da Paraíba, com o propósito de atender jovens, adultos e idosos com neoplasia de cabeça e pescoço que procuram o referido hospital.

A metodologia SEOP tem como foco o ser humano, sua fala, seu jeito de pensar, de agir, seus sentimentos, desejos, sonhos, a maneira como vive e age. Os problemas que o afligem, os significados e sentidos, construídos e vivenciados de acordo com a relação subjetiva e o meio gerando outros problemas não mais individuais e sim, com uma conotação social (Catão, 2011). Através das atividades desenvolvidas, o indivíduo partilha sua experiência de vida e destacam os afetos, a consciência, as emoções vivenciadas que conduz a possibilidade de melhora de si, do seu mundo na construção de sua história e do seu projeto de vida.

O ser humano é um ser rico em possibilidades, tendo na sociedade, na cultura e nas relações sociais os limites e condições impostas para significações e construções do seu

(*) UFPB – Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

projeto de vida. Considerando a construção do projeto de vida um fenômeno psicossócio-histórico (Catão, 2007, p. 6).

Por um longo período, a concepção que se tinha sobre saúde pautava-se como ausência de doenças, no entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), considerou esse conceito como inadequado e limitado e o ampliou para "um estado de completo bem estar físico, mental e social", que se agrega aos domínios da saúde física – ter um organismo/corpo forte e livre de patologias; psicológico – ter discernimento, boa autoestima e senso de bem-estar; social – possuir habilidades interpessoais, como o convívio e relacionamento saudável com amigos e familiares.

O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequências dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos fatores (Camargo Jr., 2006).

A psicologia social crítica concebe a saúde como um campo de práticas e discursos constituídos por sujeitos históricos, por instituições, ciência e tecnologia, políticas e relações sociais que constroem o cotidiano dos seres humanos. Nesse sentido, tem buscado levar ao campo da saúde elementos para potencializar o diálogo e a consideração de condições concretas de existência para permitir a construção de "uma base conceptual comum para lidar com o processo saúde-doença numa perspectiva interdisciplinar" (Traverso-Yepez, 2001, p. 54). Reflete-se, assim, sobre a importância do sujeito na constituição de si mesmo e nos processos de saúde/doença (Campos, 2009).

Tem-se por objetivo neste estudo, analisar os significados de si e do projeto de vida em contexto de saúde/doença por pacientes em tratamento oncológico. Neste sentido, o referido estudo justifica-se pela complexidade das várias dimensões que envolvem essa problemática e a emergente necessidade de práticas e pesquisas que trabalhem numa perspectiva interdisciplinar, à luz das narrativas e vivências dos pacientes com a sintomatologia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de base qualitativa, descritiva analítica, realizado à luz da abordagem psicossocial histórica e dialética. Participaram do estudo 31 pacientes em tratamento e em preparação para tratamento oncológico, atendidos pelo SEOP-ERO em 2014. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, parecer número 724413/CEP-HULW/2014.

Trabalhou-se com 31 jovens e adultos com neoplasia de cabeça e pescoço. O perfil sociodemográfico apresentou, idade entre 36 a 85 anos, sendo 41,94% do sexo feminino e

58,06% do sexo masculino. A escolaridade teve uma variação desde os que não haviam estudado com 9,68% até os que concluíram o ensino superior com 16,13%, no entanto houve uma prevalência na escolaridade fundamental I, com 48,39%. A atividade profissional dos entrevistados, antes da doença, tem uma variação entre outras, com destaque na agricultura 25,81%, doméstica com 12,90% e ensino com 9,68%. Após a doença, a maioria parou de trabalhar e vive do auxílio doença, 45,16% recebe um salário mínimo; 3,23% vive da bolsa família e 3,23% recebe de 5 a 6 salários mínimos. Moram com os familiares, esposa, filhos, netos, noras, etc., 90,32% e 9,68% mora só.

Procedimento

O atendimento é realizado de forma individual e em plantões semanais. Os instrumentos utilizados na escuta SEOP constam de entrevistas em profundidade e dois questionários semiabertos com questões sobre o perfil sociodemográfico e perguntas provocadoras de reflexão analítica crítica dos significados e sentidos a respeito dos seguintes temas: 1 – Como me sinto e como gostaria de me sentir; 2 – O mundo/sociedade e eu no mundo – exclusão/inclusão; 3 – Direitos humanos e políticas de melhorias das condições de vida; 4 – Relação – eu e outro; 5 – Projeto de vida- como me vejo, como gostaria de me ver; 6 – Trabalho/atividade; 7 – Saúde/doença; 8 – Outro tema à escolha do paciente. A média de escuta por participante foi de 02 escutas por paciente, com variação entre uma a dez escutas frequentadas pelos mesmos. Foram realizadas 77 escutas. Na metodologia SEOP é prevista essa variação entre 01 a 10 escutas, como parte da preparação para o tratamento oncológico, ocorrendo em torno da disponibilidade, necessidade e ou interesse do paciente. Cada escuta foi realizada com duração de 30 a 40 minutos.

Análise de dados

Trabalha-se com a técnica de análise de conteúdo temática (Bardin, 1977), para a realização da análise dos dados à luz da abordagem psicossocial histórica e dialética, com foco na análise dos significados a partir das narrativas dos sujeitos entrevistados. De acordo com o método de análise indicado por Vigotski (1999, 2001, 2004), o ser humano e sua subjetividade constituem o fenômeno estudado e permite observar dinamicamente como as funções psicológicas se organizam com seus significados unidos pelo afetivo e o intelectual, o corpo e a mente, o objetivo e o subjetivo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo pôde dar ênfase não somente à construção dos significados do projeto de vida, como também proporcionou aos participantes um momento de reflexão sobre tal

construção. Visualizou-se esta reflexão na medida em que a construção do significado se entrelaçava ao mundo vivido daqueles indivíduos, de forma que os significados de si e do projeto de vida não se configuravam mais como algo externo, mas, sim, como parte de sua história.

Os significados de si e do projeto de vida em contexto de saúde/doença por pacientes em tratamento oncológico, com base no material coletado, foi capturado no eixo temático: Como se vê/Como se sente e projeto de vida, constituído por 260 UCEs (Unidade de Contexto Elementar) distribuído nos subeixos – Exclusão/inclusão social; Sem perspectiva e sem projeto de vida; Com perspectivas e projeto de vida, como podem ser observados no Quadro 1.

Quadro 1

Distribuição das Unidades de Contexto Elementar (UCEs) sobre Significados de si e projeto de vida em contexto de saúde-doença capturados através das narrativas dos pacientes em tratamento oncológico

Eixo: Como se vê/Como se sente e projeto de vida		
Subeixos Temáticos	(f)	%
Exclusão/inclusão social	46	17,70%
Sem perspectiva e sem projeto de vida	77	29,61%
Com perspectivas e projeto de vida	137	52,69%
Total	260	100%

Como se vê/Como se sente e o projeto de vida

O sentimento de exclusão tem ênfase após a descoberta da enfermidade, afirmações como: "as pessoas não conseguem ver mais a pessoa como era antes. Não sei por que, as pessoas já olham você com diferenças, a gente não se sente completa" (sexo feminino, 46 anos). "Eu senti aquele trauma dentro de mim, todo mundo se afastando, tive vontade de fazer besteira, de tomar comprimido, me acabar de desgosto, minha mãe me dava muita força, não faça isso, escondia o medicamento de perto de mim" (sexo: masculino, 48 anos); "Minha esposa é muito preconceituosa, acho que ela tem um pouco de rejeição a mim devido à doença" (sexo: masculino, 67 anos); "As pessoas têm uma leitura errada da doença, me sinto excluída, as pessoas se afastam, conservam a distância" (sexo: feminino, 36 anos); "Eu me vejo isolado, não posso fazer nada mais e dá desgosto" (sexo: masculino, 68 anos). O sofrimento ético político, o ser humano sofre pela exclusão do outro, a origem do sofrimento não esta nele e sim nas relações do vivido, na forma como é tratada pelo outro (Sawaia, 2006), a potência de padecimento (Espinosa, 2005) que o enfraquece, e o distancia da potência de ação, de fortalecimento de si como sujeito na relação com a saúde/doença. Por outro lado, observa-se também nas narrativas os significados do sentimento de acolhimento: "Sinto acolhida pela família"; "Na associação sinto muito bem,

é muito aconchegante, as pessoas são maravilhosas, eu me sinto muito bem, porque a gente fica falando o problema uma da outra, a gente sai aliviada" (sexo: feminino, 47 anos).

O subeixo sem perspectivas e sem projeto de vida configura-se por narrativas tais como: "Não tenho nenhum projeto de vida pessoal. O meu projeto de vida anterior era trabalhar e agora me sinto limitada, não posso ter mais aquela energia" (sexo: feminino, 47anos); "No projeto de vida e trabalho futuro, não penso" (sexo: feminino, 54 anos); "Projeto de vida e trabalho atual, não tenho nenhum, estava conversando isso ontem com meu filho" (sexo: feminino, 62). Nota-se que as relações amorosas também estão fechadas e não existe uma perspectiva futura: "Um dia eu saí com uma amiga da associação e um cara ficou interessado em mim, eu disse para ela falar para ele que eu estava fechada para isso" (sexo: feminino, 47 anos). Quando o ser humano em seu projeto de vida é impedido de se expandir, a potência de ação não se realiza e sim o desânimo e a potência de padecimento. Como pensar o futuro? Se o ser humano na relação com o contexto da doença fica imobilizado e não consegue ter perspectivas e possibilidades de configurar projetos.

Após o adoecimento, vem um sentimento de incapacidade e com ela surge a tristeza, a depressão: "Estava deprimida não queria sair, nem ver ninguém. Eu fico pensando, ah meu Deus será que amanhã eu vou estar aqui" (sexo: feminino, 47 anos); "se tivesse minha saúde ia trabalhar, ia ficar mais alegre" (sexo: masculino, 52 anos). Observa-se que existe um sentimento ruim pelo olhar do outro para si, que diferencia o sujeito das outras pessoas: "Depois de aparecer o problema, eu sinto que não estou mais no mundo" (sexo: feminino, 36 ano). Pensar no futuro quando não existem perspectivas é um dilema a ser trabalhado junto com o paciente, é proporcionar uma maneira de refletir melhor sobre o vivido e as escolhas que cada um faz no contexto de saúde/doença em que está inserido (Catão, 2011).

Na escuta inicial, o projeto de vida para si não tem muita visibilidade, o ser humano chega para o SEOP desanimado e aparentemente sem perspectiva, incomodado com o seu estado de adoecimento. A ausência de perspectiva vai mudando ao longo das narrativas e reflexões, aos poucos começa a indagar sobre si, e perceber a importância de ter um projeto de vida, "Mas agora você acendeu uma luzinha lá no fim do túnel, que já estava apagada" (sexo: masculino, 67 anos). O significado da sua ação reflete na sua realização pessoal, isto pode ser observado na seguinte fala: "Ter um projeto de vida é uma alegria, é realizar um sonho, está sempre pensando em algo melhor" (sexo: feminino, 47 anos). O desejo de ficar bom se faz presente na expectativa de construir novos planos, realizar-se como pessoa. O ser humano na construção do seu projeto de vida mantém uma relação dialética na sua constituição como ser humano e de suas funções psicológicas enquanto. Como criador, elabora, constrói, analisa, realiza, levando em consideração seus anseios e desejos; o sentido que move e anima a ação é transformador, é criativo (Catão, 2013). Como criatura o espaço da ação coloca-se também como de reflexão e de assimilação.

Foi possível observar no estudo realizado, as possibilidades de configuração do ser humano sujeito de si, de sua história de vida na relação com a saúde/doença. A metodologia da intervenção e pesquisa, com foco na reflexão do vivido e constituição do sujeito ativo, coloca-se como uma alternativa no tratamento da doença e configuração da saúde pública. Evidencia-se a necessidade de ações conscientes, da ética dos cidadãos pelos cidadãos e

pelas instituições sociais implicadas em viver e em promover contextos mais saudáveis no processo de saúde e doença, humanizando-se assim a relação viver/adoecer.

REFERÊNCIAS

Bardin L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: edições 70

Campos, G. W. (2009). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In G. W. Campos et al. (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 41-80). São Paulo: Hucitec.

Catão, M. F. (2007). O que as pessoas pensam da vida e o que desejam nela realizar? In E. Kruttzen & S. Vieira (Orgs.), *Psicologia social, clínica e saúde mental* (pp. 75-94). João Pessoa: Ed. Universitária.

Catão, M. F. (2011). O ser humano e problemas sociais: Questões de intervenção. Temas em Psicologia [online]. *Temas em Psicologia, 19*(2), 459-465.

Catão, M. F. (2013). Psicologia Sócio-Histórica: A teoria do sujeito e das funções psicológicas superiores. In N. T. Alves et al. (Orgs.), *Psicologia: Reflexões para ensino, pesquisa e extensão* (pp. 33-46). UFPB: João Pessoa.

Cunha, P., Catão, M. F., & Costa, L. G. (2009). Fatores Relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca no Estado da Paraíba-Brasil: Relatos de pacientes portadores. *Braz Dent Sci, 12*(4), 18-24.

Espinosa, B. (2005). *Ética. Demonstrada à maneira dos geômetras*. São Paulo: Martin Claret.

Montenegro, L. A. S., Veloso, H. H. P., & Cunha, P. A. S. M. A. (2014). Papiloma vírus como fator carcinogênico e co-carcinogênico do câncer oral e da orofaringe. *Robrac, 23*(67), 217-225.

Sawaia, B. B. (2006). O sofrimento ético-politico como categoria de análise da exclusão/inclusão. In B. Sawaia (Org.), *As artimanhas da exclusão análise psicossocial e ética da desigualdade social* (pp. 97-118). Petrópolis: Vozes.

Traverso-Yepez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicol. Estud, 6*(2) 49-56.

Vigotski, L. S. (1999). *A Formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

Vigotski, L. S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Vigotski, L. S. (2004). *Teoria e método em psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.

World Health Organization [OMS]. (2002). A saúde mental pelo prisma da saúde pública. *Relatório Mundial da Saúde e mental: Nova concepção, nova concepção, nova esperança* (pp. 27-47). Lisboa: Climepsi Editores.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Promoção da saúde através do trabalho em grupo com idosos hipertensos

MARIA DO CARMO EULÁLIO (*)
EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR (*)
ALMIRA LINS DE MEDEIROS (**)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica de elevada prevalência na população idosa. As implicações dessa doença têm sido cada vez mais estudadas no campo da saúde como também difundidas na sociedade, principalmente pelos efeitos deletérios na qualidade de vida da população (Lopes & Marcon, 2013; Tavares & Silva, 2013), como também tem sido alvo de estratégias de ações nos campos da promoção da saúde e prevenção de agravos de doenças (Oliveira & Moreira, 2010; Santos & Lima, 2008). A HAS se configura como um risco modificável para doença cardiovascular, sendo passível de intervenções dos diferentes profissionais (Muraro, Santos, Rodrigues, & Braga, 2013).

Há que se considerar que a HAS impacta o indivíduo em vários domínios da vida (aspectos psicológicos, sociais, socioeconômicos, familiar e pessoal) de modo que a interação entre os diferentes determinantes são responsáveis pelos modos de produção da experiência real e simbólica que influenciam a interpretação das condições concretas de vida, nos níveis percebidos de qualidade de vida, na manutenção de determinados hábitos de vida e na adesão a tratamentos (Fava, Zago, Nogueira, & Dázio, 2013).

No que concerne aos modos de perceber a doença, Oliveira e Moreira (2010) explicam que a ausência de esclarecimentos aos pacientes sobre os determinantes da HAS, bem como a falta de diálogo entre os modos de tratamento disponíveis e de seus efeitos protetores para a saúde, podem motivar a interrupção do tratamento anti-hipertensivo ou até mesmo o seu completo abandono. Observa-se, com isso, que se faz imprescindível a consideração e apreensão dos modos de pensar e agir do sujeito sobre a doença, fato que pode ser traduzido como a experiência do sujeito frente à enfermidade. Cabe ressaltar que essa é uma perspectiva ainda pouco valorizada e compreendida pelos profissionais de saúde (Fava et al., 2013).

Assim, mediante a necessidade de desenvolver estratégias de atenção que considerem a interação dos fatores psicossociais atrelados às diferentes condições de vida do público portador de HAS, o presente estudo objetivou analisar hábitos de vida e fatores associados

(*) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.
(**) Departamento de Educação, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

ao cuidado da hipertensão por idosos, bem como estimular fontes de apoio segundo a perspectiva de promoção da saúde pelo trabalho em grupo.

MÉTODO

O estudo utilizou abordagem qualitativa-intervencionista, através da realização de atividades em grupo com os participantes.

Participaram 15 idosos, com idades a partir de 60 anos, residentes no município de Campina Grande-PB, que fizeram parte da pesquisa intitulada "Saúde Mental de Idosos de Campina Grande-PB". Estes foram recrutados mediante o diagnóstico de hipertensão, conferido por especialistas.

Foram realizados dez encontros em grupo quinzenalmente. Utilizaram-se técnicas de dinâmica de grupo no trabalho com oficinas focadas na promoção da saúde. Os encontros em grupo foram estruturados respaldados em Afonso (2010), em ações centradas na elaboração do contexto social dos participantes. Além disso, partiu-se da compreensão de que o trabalho em grupo permite a abertura de espaços de reflexão e trocas de experiências que propiciam a construção de novos saberes e estimulam a criação de novas fontes de apoio social (Andrade, Eulálio, & Melo, 2013).

As atividades foram desenvolvidas mediante encontros temáticos pautados na discussão de estilos de vida mais saudáveis, trabalhando-se de forma complementar os efeitos do estresse, ansiedade, autocuidado, autoestima e suporte social na velhice. Para a condução das intervenções em grupo contou-se com a participação de quatro alunos, além da supervisão da coordenadora responsável pelo projeto.

Os encontros em grupo foram gravados e posteriormente transcritos para análise dos dados. O *corpus* produzido com as transcrições foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo Temática. Essa técnica se divide em três etapas fundamentais para tratamento e interpretação dos dados: (1) a pré-análise; (2) a exploração do material; e (3) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação (Bardin, 2011).

RESULTADOS

Obteve-se predomínio de mulheres (93,3%; n=14). A média de idade apresentada pelos participantes foi de 69 anos (DP=3,05). Todos os participantes são aposentados, com rendimentos mensais pessoais de um salário mínimo. Ao analisar os discursos produzidos nos grupos e em contato com as temáticas trabalhadas com os participantes, emergiram as seguintes categorias: Atenção à hipertensão e autocuidado; Estresse e recursos pessoais de enfrentamento; Autoestima, laços familiares e suporte social.

Atenção à hipertensão e autocuidado

Os idosos revelaram principalmente a atenção dada ao uso da medicação, necessária para a manutenção e regulação dos níveis pressóricos. Neste ponto, identifica-se a medida de tratamento medicamentoso como algo predominante nas suas concepções de cuidado sobre a hipertensão.

Ao mesmo tempo em que assinalam uma maior atenção para o uso de medicamentos, os idosos revelaram significativamente as dificuldades encontradas para lembrarem-se de tomar a medicação nos horários prescritos pelos médicos. Esse constitui um ponto em que são relatadas as dificuldades mais frequentes percebidas pelos participantes, que encontram nos chamados "problemas de memória" uma dificuldade constante no cotidiano do seu tratamento.

Também foi identificada no relato dos participantes a troca de horários voluntária, conforme necessidade dos mesmos (sair de casa e tomar medicação apenas no período da noite, por exemplo), sem a devida orientação de um especialista.

Dificuldades na mudança de hábitos alimentares foram frequentemente relatadas pelos idosos, de modo que aí se identificam práticas alimentares arraigadas ao cotidiano da família, em que muitas vezes resiste a trocar o sal ou temperos industrializados ricos em sódio no preparo dos alimentos.

Estresse e recursos pessoais de enfrentamento

O estresse configurou uma condição presente no cotidiano dos idosos estudados, que afirmaram enfrentar dificuldades diversas tais como a necessidade de prover cuidados constantes para membros da família (idosos cuidadores de idosos, principalmente), a presença de problemas financeiros, de conflitos com os filhos, além do nervosismo causado pelo enfrentamento das condições adversas de saúde que surgem muitas vezes resultantes da própria desregulação da pressão arterial.

Os trabalhos desenvolvidos em grupo privilegiaram espaços de escuta e atenção às singularidades das problemáticas trazidas pelos participantes. Ao mesmo tempo, buscou-se promover o compartilhamento de experiências positivas frente às condições de vida que requeriam a adoção de mecanismos e habilidades para um melhor enfrentamento das situações de estresse que se apresentam no cotidiano dos idosos estudados.

Autoestima, laços familiares e suporte social

Aspectos individuais (autoestima) e sociais (relações familiares e suporte social) estiveram frequentemente presentes nos relatos de idosos ao contextualizarem a sua experiência e expectativas com o tratamento da HAS.

Os participantes demonstraram em seus relatos a necessidade de conservarem sua autoestima elevada, como forma de estímulo para a manutenção de práticas de autocuidado e de perspectivas positivas frente às concepções sobre o seu estado de saúde atual. Sendo

assim, manter um autoconceito elevado de si mesmo configurou-se como um potencial recurso para estimular hábitos de vida saudáveis, principalmente no que diz respeito à reflexão sobre a necessidade de incluir práticas de atividade física no seu dia-a-dia.

Embora tenham sido expressas algumas dificuldades advindas de conflitos familiares, os participantes compartilharam a importância que o grupo familiar representa na manutenção do seu bem-estar, de modo que os momentos positivos vividos em família fortalecem as suas concepções sobre a efetividade dos recursos de suporte social dos quais usualmente dispõem. Em complementação ao suporte recebido da família, alguns idosos apontaram a importância do suporte oferecido pelos profissionais (dos quais foram destaque os agentes comunitários de saúde) que atuam como referência ao tratamento de saúde da comunidade em que vivem.

DISCUSSÃO

O destaque para o uso da medicação em grupos de hipertensos foi algo observado no estudo desenvolvido por Lopes e Marcon (2013) que identificaram semelhante valorização da medicação pelos participantes para o controle da pressão arterial. Os autores ressaltam que esse pode ser um comportamento que contribui para uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso, porém, pode resultar em detrimento a outras práticas essenciais ao cuidado da hipertensão, como a mudança de hábitos alimentares e a realização de atividades físicas.

O problema enfrentado pelos idosos relativo ao esquecimento dos horários de uso da medicação evidencia uma dificuldade pontual, decorrente do processo de envelhecimento, que mesmo seguindo um curso normal, sem a ocorrência de patologias graves, é marcado por um gradual declínio da capacidade de memória (Yassuda, 2006). Trata-se de uma questão que chama a atenção para a necessidade de avaliação das habilidades que o idoso possui para usar adequadamente os medicamentos, evitando transtornos causados por efeitos iatrogênicos, bem como pela ineficácia do tratamento esperado (Rocha et al., 2008).

Vale ressaltar que o uso inadequado de medicações, observado nos participantes através de alterações voluntárias nas indicações médicas necessárias para o controle da hipertensão, corresponde ao manejo indevido desses recursos que precisam ser alvos de ações mais resolutas por parte dos profissionais e dos serviços de saúde, quando da sua indicação e distribuição na população; práticas que requerem reflexão acerca de práticas conscientes de uso (Rocha et al., 2008). Partindo dessa constatação, o levantamento das dificuldades advindas com o autocuidado e manejo dos níveis pressóricos permitiu aos facilitadores realizar atividades focadas no uso correto de medicações, através do trabalho de conscientização e reflexão em grupo sobre os vários efeitos (positivos e negativos) da administração medicamentosa e da necessidade de um diálogo com os profissionais que são referências no trabalho em saúde na comunidade.

Dificuldades na manutenção de hábitos alimentares saudáveis foram frequentes nas falas dos idosos. De acordo com Lopes e Marcon (2013), os hábitos alimentares estão entre

as maiores dificuldades enfrentadas no controle da hipertensão. Oliveira e Moreira (2010) salientam que a maioria dos idosos refere consumo adequado do sal, quando, no entanto, esse índice relatado faz parte de uma avaliação subjetiva e pouco precisa, uma vez que não há como ter comprovação da quantidade de sódio ingerida pelos mesmos no seu dia-a-dia, como também se trata de uma substância presente nos mais diversos produtos industrializados.

Em resposta à menor percepção por parte dos participantes acerca das necessidades de adoção de um estilo de vida saudável e da reavaliação de determinados hábitos alimentares, foi estimulado, no decorrer das dez oficinas, o debate em grupo acerca de tais estratégias e realizadas atividades práticas (lanche em grupo, dinâmicas que discutiam o uso de alimentos saudáveis e a necessidade da prática de atividades físicas regulares) com foco na promoção da saúde.

Os idosos demonstraram conviver cotidianamente com situações estressantes. Acerca disso, observa-se, segundo Fava et al. (2013), que os chamados "problemas de nervoso" – modo como algumas pessoas concebem, experenciam e lidam no cotidiano com os problemas de estresse; incorporam um conjunto de aflições que afetam o dia-a-dia das pessoas acometidas com a HAS. Assim, verifica-se o desdobramento de determinadas sintomatologias que se expressam mediante dificuldades advindas de situações financeiras, preocupações com a família, dos problemas de interação social, de conflitos conjugais, da insatisfação com o sistema formal de saúde, entre outras causas.

Considerando o impacto causado pela hipertensão na vida e na saúde mental de idosos, Baldissera e Bueno (2012) relatam que as restrições impostas pelo tratamento dessa condição crônica podem ser geradoras de estresse, de modo que o comprometimento percebido na qualidade de vida, em certa medida, dificulta a manutenção da adesão aos cuidados necessários à manutenção da saúde. Os autores ressaltam ainda que é preciso buscar maiores delimitações no que diz respeito à temática da HAS e do estresse, sabendo-se da frequência em que são relatadas situações estressantes no contexto de vida dos idosos, bem como nos modos que esses percebem a relação direta do estresse na elevação da pressão arterial.

Ao tratar dos aspectos psicossociais envolvidos no contexto da hipertensão, Marin, Santana e Moracvick (2012), discutem que os idosos relatam dificuldades em lidar com situações cotidianas que interferem nas suas necessidades de saúde. Entre essas dificuldades, situam-se os problemas relativos ao controle do estresse e à manutenção de hábitos saudáveis, bem como a necessidade de incentivo e de apoio para o manejo de tais situações. Ademais, elucidam que as tensões psicológicas e sociais podem antecipar algumas deteriorações associadas ao processo de envelhecimento.

No decorrer das atividades em grupo os idosos puderam compartilhar um pouco de sua percepção sobre as condições advindas com a HAS, de modo a expressarem sentimentos e concepções sobre a sua experiência com a doença. Nesse contexto, Fava et al. (2013) relatam que as condições atreladas ao adoecimento são influenciadas pelo contexto sociocultural, de forma que as interpretações e percepções acerca do contexto de saúde/doença foram relacionadas em sua pesquisa à resiliência, à resignação, à autoestima baixa e à revolta. Sendo assim, em contato com as adversidades que a HAS estabelece para

o sujeito, faz-se imprescindível considerar as singularidades das experiências decorrentes do processo de adoecimento, além de buscar promover espaços de expressão dos sentimentos e significados construídos, uma vez que para as pessoas com a HAS, a doença é mais uma interpretação simbólica, um dano muito mais existencial do que funcional (Fava et al., 2013).

Também foi apresentada pelos participantes a necessidade de receberem suporte para o enfrentamento das condições adversas suscitadas pela HAS. Nesse sentido, o suporte social compreende a necessidade de manter estratégias de apoio ao portador de hipertensão, que demanda diferentes formas de cuidado, provenientes de diversas fontes. Assim, o apoio emocional, instrumental e informacional são modalidades que conferem melhores condições de adaptação e enfrentamento aos efeitos advindos da cronicidade da HAS. A família, em seu papel essencial de cuidado e atenção ao idoso, contribui para uma resposta satisfatória no controle da doença, enquanto que os profissionais de saúde necessitam se apropriar mais efetivamente das relações emocionais que circundam os usuários dos serviços de saúde, considerando também a forma como estes assimilam, codificam e compreendem as suas necessidades de tratamento da doença (Tavares & Silva, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades para adoção de hábitos de vida saudáveis estiveram relacionadas à alimentação, ao manejo do estresse e à adoção da prática de exercícios físicos. No decorrer dos encontros foram relatadas as complicações que ocorrem no contexto prático de vida dos participantes, de forma que a escuta a tais problemáticas mostrou-se essencial na reflexão e manejo de novas habilidades para enfrentamento da doença.

As ações desenvolvidas nas intervenções em grupo foram percebidas como atividades diferenciadas daquelas que normalmente são desenvolvidas nos serviços públicos de saúde. Destarte, o trabalho em grupo foi percebido como um recurso satisfatório, capaz de mediar estratégias de enfrentamento, hábitos de vida saudáveis e promover apoio social. Em decorrência dessa experiência de tratamento, os participantes relataram a necessidade de que fossem integrados nos serviços de atenção à saúde atividades de acolhimento às suas experiências sobrevindas do cotidiano da doença, considerando-se a importância do fortalecimento das redes sociais e compartilhamento de diferentes formas de cuidado.

A escassez de estudos no campo da psicologia acerca da problemática trabalhada é um fato, no entanto, sabe-se das inúmeras contribuições que a psicologia pode oferecer no trabalho em grupo com portadores de doenças crônicas. Finalmente, evidenciou-se que os saberes e práticas da psicologia possibilitaram o protagonismo dos participantes como agentes de sua própria saúde.

REFERÊNCIAS

Afonso, M. L. M. (2010). *Oficinas em dinâmica de grupo: Um método de intervenção psicossocial.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Andrade, D. A., Eulálio, M. C., & Melo, R. L. P. (2013). Fontes de apoio social a idosos portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. *Psicologia em Estudo*, *18,* 115-123. doi: 10.1590/S1413-73722013000100012

Baldissera, V. D. A., & Bueno, S. M. V. (2012). O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: Convergência na educação para a saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*, 380-387. doi: 10.1590/S0080-62342012000200016

Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Fava, S. M. C. L., Zago, M. M. F., Nogueira, M. S., & Dázio, E. M. R. (2013). Experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica: Um caso etnográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *21*, 1-7. doi: 10.1590/S0104-11692013000500003

Lopes, M. C. L., & Marcon, S. S. (2013). A vivência do idoso e sua família com a hipertensão arterial. *Ciência, Cuidado & Saúde, 12*, 241-8. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v12i2.21745

Marin, M. J. S., Santana, F. H. S., & Moracvick, M. Y. A. D. (2012). Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*, 103-10. doi: 10.1590/S0080-62342012000100014

Muraro A. P., Santos, D. F., Rodrigues, P. R. M., & Braga, J. U. (2013). Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*, 1387-1398. doi: 10.1590/S1413-81232013000500024

Oliveira, C. J., & Moreira, T. M. M. (2010). Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, *11*, 76-85. Disponível em http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027969007

Rocha, C. H., Oliveira, A. P. S., Ferreira, C., Faggiani, F. T., Schroeter, G., & Souza, A. C. A. et al. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13,* 703-10. doi: 10.1590/S1413-81232008000700020

Santos, Z. M. S. A., & Lima, H. P. (2008). Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: Análise das mudanças no estilo de vida. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *17*, 90-7. doi: 10.1590/S0104-07072008000100010

Tavares, R. S., & Silva, D. M. G. V. (2013). A implicação do apoio social no viver de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 34*, 14-21. doi: 10.1590/S1983-14472013000300002

Yassuda, M. S. (2006). Memória e envelhecimento saudável. In E. V. Freitas & L. Py (Orgs.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1245-1251). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A relação da qualidade de vida com a resiliência em idosos

MARIA DO CARMO EULÁLIO (*)
EDIVAN GONÇALVES DA SILVA JÚNIOR (*)
RÔMULO LUSTOSA PIMENTEIRA DE MELO (**)

A Qualidade de Vida (QV) compreende um conjunto de determinantes (bem-estar físico, familiar, emocional, habilidade funcional, espiritualidade, sexualidade, entre outros) que juntos trazem implicações às potencialidades de saúde e de vida do idoso, bem como na repercussão do processo de saúde-doença (Torres, Reis, Reis, & Fernandes, 2009). Desse modo, o aumento cada vez mais significativo da longevidade demanda o desenvolvimento de estratégias que atendam a melhoria da QV,acrescentando-se qualitativamente e quantitativamente mais recursos que contribuam para o alcance de uma velhice saudável e bem-adaptada (Gutierrez, Auricchio, & Medina, 2011).

No estudo multicêntrico com a população idosa no Brasil, é sugerido que para melhor compreensão das condições de qualidade de vida é importante levar em consideração os recursos psicológicos. Portanto, a expressão polissêmica da qualidade de vida indica quemesmo diante da diminuição da resiliência biológica, é possível encontrar bons níveis de adaptação psicossocial, constatados através da investigação de medidas físicas, socioeconômicas e psicológicas dos idosos (Neri, 2013).

Segundo Wiles, Wild, Kerse e Allen (2012), mesmo na presença de doenças e incapacidades, a capacidade de resiliência pode estar presente, possibilitando ao indivíduo o enfrentamento das vulnerabilidades decorrentes do envelhecimento ou de condições sociais e ambientais que interferem nesse processo.

Considerando a dinâmica que abrange o binômio saúde-doença, é importante avaliar a maneira como o indivíduo percebe e julga a sua condição atual de saúde. De acordo com Borim, Barros e Neri (2012), a medida de saúde percebida tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo, é empregada também como um forte preditor de morbidade, incapacidade, depressão, inatividade e mortalidade.

Em conformidade com as novas demandas que se tornam cada vez mais significativas no campo do envelhecimento, a presente pesquisa objetivou avaliar a Qualidade de Vida (QV) em idosos e sua relação com escores de resiliência e saúde percebida.

(*) Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.
(**) Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de cunho quantitativo,vinculado a uma pesquisa longitudinal intitulada "Perfil de Fragilidade e Qualidade de Vida em Idosos Residentes em Campina Grande-PB", financiado pela FAPESQ e CNPq. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, sob o parecer nº 30264214.2.0000.5187.

Participantes

Participaram 80 idosos residentes em Campina Grande-PB, selecionados por conveniência, a partir do banco de dados do Estudo FIBRA (acrônimo de Fragilidade de Idosos Brasileiros), um estudo multicêntrico que buscou identificar condições de fragilidade em idosos urbanos recrutados na comunidade, com 65 anos ou mais.

Foram selecionados os participantes do Estudo FIBRA (Campina Grande), sem déficit cognitivo (*n*=249), avaliados de acordo com pontuações no Mini-Exame do Estado Mental. Dos 113 idosos contactados,apenas 80 idosos pontuaram acima dos pontos de corte estabelecidos, segundo critérios de escolaridade.

Os critérios de exclusão foram os mesmos adotados no estudo FIBRA: (a) idosos com déficit cognitivo grave; (b) que estivessem usando cadeira de rodas e/ou que se encontrassem provisória ou definitivamente acamados; (c) portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico (AVE); (d) portadores de Doença de Parkinson em estágio grave ou instável; (e) portadores de graves déficits de audição ou de visão; e (f) idosos em estágio terminal. Os critérios eram avaliados mediante relato do idoso ou de seus familiares acerca das possíveis complicações que comprometessem a participação dos idosos na aplicação do conjunto de variáveis estudadas.

Material

Foi utilizado um questionário estruturado sobre condições sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade, arranjo de moradia) e econômicas (renda mensal, aposentadoria) dos idosos.

Para avaliação da QV foi utilizada uma versão adaptada do WHOQOL-OLD, uma versão reduzida, caracterizada pela redução de cinco para três categorias de resposta. A escala possui 24 itens, cada um oferecendo cinco opções de resposta em uma escala do tipo l*ikert*. Os itens são distribuídos em seis domínios: funcionamento sensório; intimidade; autonomia; participação social; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer. Essa é uma versão da escala indicada para idosos pouco escolarizados (Leão & Alchieri, 2012).

Para a avaliação da capacidade de resiliência foi utilizada a Escala de Resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993), considerada pelos autores como um instrumento que avalia a adaptação psicossocial positiva em face de eventos da vida. Composta por 25 questões, a escalaé medida por uma escala *likert* de 7 pontos, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Sua pontuação varia de 25 a 175 pontos, de modo que escores mais altos apontam para uma maior resiliência. Utilizou-se uma versão validada para a população brasileira (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005).

A saúde percebida foi avaliada através de uma medida de autoavaliação da saúde, em que se questionava ao idoso: *"De um modo geral, como o senhor avalia o seu estado de saúde atual?"*. A questão era respondida de acordo com 3 alternativas (ruim, regular e boa).

Procedimentos

Os idosos foram visitados em seus domicílios, e, após o idoso ou responsável legal ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi realizada a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

As análises dos dados foram realizadas através de um banco de dados no programa estatístico SPSS, versão 18, e posteriormente foram realizadas análises descritivas dos dados e correlações de *Pearson*, com nível de erro aceito de 5%.

RESULTADOS

A idade dos participantes variou de 70 a 97 anos (*M*=77,50; *DP*=5,46) e houve predomínio de mulheres (73,5%). Quanto à escolaridade, 40% alegaram ter cursado até o ensino fundamental (2º ao 5º ano). Houve predominância (47,5%) dos que afirmaram ser casados ou viverem com companheiro e 73,8%% falaram que moram com os filhos. A renda mensal pessoal mais recorrente foi a de até um salário mínimo (56,3%). No tocante a aposentadoria, 75% da amostra declarou ser aposentada.

A avaliação da QV revelou um índice geral satisfatório para os idosos pesquisados, com média de 90,05 (*DP*=12,35) pontos. No tocante à avaliação dos domínios que compõem o WHOQOL-OLD, sobressaiu-se o domínio *"Intimidade"M*=16,43 (*DP*=3,52), indicando que este se destaca num melhor julgamento da qualidade de vida.Observou-se que a QV se encontrou mais comprometida no domínio *"Habilidades Sensoriais",* com média de 14,13 (*DP*=3,78) (Ver Quadro 1).

As análises realizadas com a escala de resiliência resultaram num escore geral de 135,44 (*DP*=20,52) pontos. Isto é, a prevalência de um alto escore de resiliência para a população pesquisada. Foi observado ainda que o fator "*Resolução de ações e valores*" obteve maior média 5,57 (*DP*=0,72), seguido de *"Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações"* (*M*=5,37; *DP*=0,79) e *"Independência e determinação"* (*M*=5,11; *DP*=1,80).

Quadro 1

Distribuição dos fatores da escala WHOQOL-OLD

Domínios	*M*	*DP*
Habilidade Sensorial	14,13	3,78
Autonomia	14,90	3,51
Atividades presentes passadas e futuras	15,63	3,75
Participação social	14,60	3,74
Morte e Morrer	14,38	4,44
Intimidade	16,43	3,52

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

A medida de saúde percebida revelou que a maior parte dos participantes avaliou seu estado de saúde geral como regular (55%), seguido de bom (31,3%) e ruim (13,8%).

O escore geral da QV correlacionou-sepositiva e significativamente com todas as facetas da escala de resiliência, destacando-se o fator "*Resolução de ações e valores*" (r=0,46; p=0,01). Também foram encontradas correlações significativas entre alguns domínios da QV e os fatores da escala de resiliência (Ver Quadro 2).

Quadro 2

Correlação da QV com os fatores da Escala de Resiliência

	Resolução de ações e valores	Independência e determinação	Autoconfiança e capacidade de adaptação a situações
Habilidade Sensorial	0,18	0,10	0,28*
Autonomia	0,36**	0,13	0,42**
Atividades passadas presentes e futuras	0,25*	0,15	0,28**
Participação Social	0,29**	0,24*	0,29**
Morte e Morrer	0,21	0,19	-0,08
Intimidade	0,20	0,14	0,18
QV Geral	**0,46****	0,30**	**0,40****

Nota. p<0,05 ** p<0,01.
Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

As análises de correlação apontaram relações positivas e significativas entre a saúde percebida e o índice de QV geral (r=0,34; p=0,02), o domínio *"Participação social"* (r=0,23; p=0,03) e o domínio *"Intimidade"* (r=0,34; p=0,02). Os resultados demonstram que todas as vezes que o idoso apresenta uma autoavaliação de saúde elevada/estável, os índices de QV geral e os domínios *"Participação social"* e *"Intimidade"* tendem a aumentar.

DISCUSSÃO

Os participantes apresentaram uma avaliação satisfatória da QV. Verifica-se que o fator *Intimidade* recebeu melhor avaliação entre os demais domínios da qualidade de vida, fato que corrobora com um estudo realizado com uma amostra de 117 idosos e identificado valorização semelhante desse fator na manutenção de valores positivos da QV (Torres et al., 2009). Além desse dado, também podem ser observadas semelhanças quanto a um maior comprometimento na avaliação das "*Habilidades Sensoriais*", revelando o impacto causado pela perda do funcionamento dos sentidos no comprometimento da qualidade de vida dos participantes.

Foiencontrado um índice elevado de resiliência nos idosos pesquisados, confirmando a capacidade do indivíduo manter um padrão de envelhecimento adaptado. O resultado pode configurarum indicativo de que os idosos estudados estão experimentando sua velhice de maneira mais saudável, conforme apontam Ferreira, Santo e Maia (2012), ao encontrarem índices elevados de resiliência numa amostra de 65 idosos.

Grande parte dos idosos avaliou sua saúde como regular, indicando mais um recurso essencial à preservação de um senso positivo do bem-estar na velhice. Segundo Neri, Borim, Barros, Yassuda e Eulálio (2013), a predominância de uma avaliação positiva acerca das condições de saúde pode resultar de uma estabilidade na percepção de saúde ao longo dos anos, um produto da adaptação do idoso às novas condições de vida.

Poucas pesquisas tratam a relação entre a qualidade de vida e a resiliência, sendo mais escassos os estudos que tratam de correlações entre essas variáveis no contexto do envelhecimento. A resiliência, nessa pesquisa,apresentou-se como uma variável importante nas variações dos índices de QV, correlata com vários dos domínios estudados da QV.

Com o objetivo de avaliar os escores de qualidade de vida, depressão e de resiliência, bem como as correlações entre essas três variáveis, num grupo de 38 pacientes idosos com câncer de pulmão, Armando (2010) observou uma associação positiva, estatisticamente significativa entre todas as dimensões da escala de qualidade de vida com a resiliência. Destarte, o autor conclui que a utilização de estratégias que visam melhorar a resiliência em pacientes que possuem baixos escores de resiliência, após receberem o diagnóstico de câncer, pode contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida.

Um estudo desenvolvido com 97 idosos, residentes em Cartaxo-Portugal, revelou que o aumento dos escores de resiliência (em termos de Resoluções de ações e valores, Independência e determinação, Autoconfiança e capacidade de adaptação) correspondeu significativamente a uma elevação da avaliação da qualidade de vida (Faceta Geral da Qualidade de Vida, Domínio Físico, Domínio Psicológico, Domínio Relações Sociais e Domínio Ambiente) nos participantes (Valada, 2011).

De acordo com Valada (2011), a qualidade de vida nos indivíduos depende não somente de sua saúde, dos recursos materiais, das crenças, do meio ambiente ou da realização pessoal (domínios que compreendem a avaliação da qualidade de vida), como também do seu

otimismo e da sua capacidade de superação diante dos obstáculos da vida, características que representam intrinsecamente a capacidade de resiliência.

As correlações encontradas entre a medida de saúde percebida com os domínios da QV demonstram as contribuições de uma melhor percepção da saúde sobre a manutenção de índices satisfatórios de bem-estar nos idosos pesquisados. Conforme apontam Vieira et al. (2013), a maneira como o idoso percebe a própria saúde apresenta-se como um recurso protetor que facilita a adaptação às perdas associadas ao processo de envelhecimento.

Em decorrência das várias correlações encontradas entre as variáveis estudadas, sugere-se uma experimentação de um envelhecimento adaptado pelos participantes da pesquisa. A partir dos resultados obtidos, discute-se a necessidade de que sejam investigadas com mais profundidade as relações que se estabelecem entre a resiliência e a QV, considerando os vários desdobramentos que essas variáveis adquirem em face do processo de envelhecimento. Ratifica-se, com isso, a necessidade de que sejam desenvolvidas estratégias de intervenção que auxiliem na manutenção e promoção do bem-estar na velhice.

REFERÊNCIAS

Armando, A. (2010). Avaliação dos escores de resiliência, qualidade de vida e depressão e suas associações em pacientes com câncer de pulmão em tratamento radioterápico (Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Disponível em http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28343/000769541.pdf?sequence=1

Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., & Neri, A. L. (2012). Auto avaliação da saúde em idosos: Pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública, 28*, 769-80. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400016

Ferreira, C. L., Santos, L. M., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46*, 328-334. doi: 10.1590/S0080-62342012000200009

Gutierrez, B. A. O., Auricchio, A. M., & Medina, N. V. J. (2011). Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *Journal of the Health Sciences Institute, 29*, 186-190.

Leão, I. S., & Alchieri, J. C. (2012). Estudos das propriedades psicométricas da escala WHOQOL-OLD em idosos da região nordeste (Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte). Disponível em http://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/17517

Neri, A. L. (2013). Fragilidade e qualidade de vida na velhice. In A. L. Neri (Org.), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 15-29). São Paulo: Alínea.

Neri, A. L., Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., Yassuda, M. S., & Eulálio, M. C. (2013). Avaliação subjetiva de saúde e fragilidade. In A. L. Neri (Org.), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 51-64). São Paulo: Alínea.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 436-448. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200010

Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., & Fernandes, M. H. (2009). Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *58,* 39-44. doi: 10.1590/S0047-20852009000100006

Valada, M. J. S. (2011). A arte da vida: caminhar pelo envelhecimento com resiliência e qualidade de vida (Dissertação – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). Disponível em http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1577/Maria%20Jose%20 Valada.pdf?sequence=1

Vieira, R. A., Guerra, R. O., Giacomin, K. C., Vasconcelos, K. S. S., Andrade, A. C. S., & Pereira, L. S. M., . . . Dias, R. (2013). Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Dados do Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública, 29*, 1631-43. doi: 10.1590/0102-311X00126312

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-78.

Wiles, J., Wild, K., Kerse, N., & Allen, R. E. S. (2012). Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine, 74,* 416-24. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.0055

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Programa Parental para a Prevenção da Depressão em Adolescentes (3PDA): Fundamentos, implementação e estudos de eficácia

MARIA DO ROSÁRIO PINHEIRO (*)
ANA PAULA MATOS (*)
JOSÉ JOAQUIM COSTA (*)
W. EDWARD CRAIGHEAD (**)
EIRÍKUR ÖRN ARNARSON (**)

A última geração de programas de prevenção da depressão na adolescência tem vindo a incluir estratégias de prevenção direcionadas também à família (Beardslee et al., 2003; Beardslee et al., 2013; Gillham, Brumwasser, & Freres, 2013; Gillham, Shatté, & Freres 2000; Lee & Eden, 2009), uma vez que, como referido na literatura, as práticas parentais e a qualidade dos relacionamentos familiares constituem fatores de risco e/ou proteção para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Cole & McPherson, 1993; Ge, Conger, Lorenz, & Simons, 1994; Gjerde, Block, & Block, 1991; Herman-Stahl & Petersen, 1999; Lee & Eden, 2009). Num importante trabalho de revisão das investigações sobre fatores de risco para a saúde mental Lee e Eden (2009) identificam vários estudos que reportam características familiares, como seja a presença de psicopatologia nos membros da família (Beardslee et al., 1998, Rohde et al., 2005, Weissman & Jensen, 2003, citados por Lee & Eden, 2009), especialmente a depressão maternal assim como situações de abuso e negligência (Kaplan et al., 1999; Nicholas & Rasmussen, 2006, citados por Lee & Eden, 2009) ou, ainda, separação familiar (Lee & Bax, 2000; Kelly & Emery, 2005, citados por Lee & Eden, 2009), como fortemente associados a um risco elevado de depressão na adolescência. Entre os mecanismos familiares pelos quais o risco de depressão é transmitido foram identificados por Goodman e Gotlib (1999) os processos biológicos (como a genética e dificuldades de neuroregulação), a exposição aos afetos e comportamentos negativos maternos e, ainda, os contextos de stresse (Lee & Eden, 2009). O clima familiar, incluindo ausência de suporte e facilitação parental, e a presença de padrões de interação pais-filhos com elevados níveis de conflito, criticismo e fúria parental são apontados como significativos fatores de risco para a depressão adolescente (Sheeber et al., 2001), sendo que o maior problema é este ambiente tornar-se crónico, uma vez que a maioria das famílias não é intervencionadas (Lee & Eden, 2009). Os adolescentes percecionarem baixo suporte parental, baixo nível de qualidade relacional, e rejeição

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra / Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Coimbra, Portugal.

(**) Emory University, Atlanta, United States of America.

(***) Landspítali-University Hospital, University of Iceland, Iceland.

parental tem sido consistentemente associado à depressão (Garber, 2006; Stice et al., 2004). As investigações têm identificado também várias características e mecanismos do funcionamento familiar, que funcionam como fatores de proteção ou de resiliência dos jovens, como sejam o suporte parental, o baixo controlo parental e a coesão familiar (Hjemdal et al., 2007; Locke, Newcomb, Duclos, & Goodyear, 2007, citados por Lee & Eden, 2009), assim como a parentalidade calorosa, a disponibilidade e atenção e o acompanhamento ou monitorização parental (Formoso et al., 2000; Kim & Gi, 2000; Liu, 2003, citados por Lee & Eden, 2009). Tendo por base estes resultados, será de esperar que trabalhar em torno das referidas competências parentais, possa aumentar os níveis de resiliência dos adolescentes, sobretudo dos que se encontrarem em risco.

É exatamente esta a direção tomada pela última geração de programas de prevenção da depressão na adolescência, ao incluir estratégias dirigidas à família e aos diversos contextos de vida (como a escola e os pares) e não só ao adolescente em risco (Gillham, Shatté, & Freres, 2000). A literatura sugere, atualmente, que as intervenções cognitivo-comportamentais precisamente baseadas na escola, e que incluem pais, podem prevenir os sintomas de depressão e ansiedade no início da adolescência e reduzir significativamente a sintomatologia depressiva e a ansiedade durante o período de acompanhamento (Gillham et al., 2013).

No entanto a investigação sobre componentes parentais em intervenções preventivas com jovens ainda é considerada como reduzida e inconclusiva (Gillham, Shatté, & Freres, 2000; Horowitz & Garber, 2006; Mueller, 2007) apesar da literatura da especialidade apontar a relevância das práticas parentais e da qualidade das relações familiares como fatores de risco/proteção em relação ao desenvolvimento de sintomas depressivos (Horowitz & Garber, 2006; Lee & Eden, 2009; Mueller, 2007). Dada a forte evidência da influência de fatores familiares no desenvolvimento e manutenção da depressão em adolescentes, várias tentativas se têm sucedido para incluir componentes parentais, primeiro nos programas de prevenção universal de depressão que foram aplicados em escolas, mais tarde em programas de prevenção seletiva e, mais recentemente, na prevenção indicada (Lee & Eden, 2009).

Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes-3PDA

O Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes-3PDA (Pinheiro, Matos, Costa, Armarson, & Craighead, 2015) constitui uma intervenção grupal estruturada para pais e encarregados de educação de jovens adolescentes. Foi desenvolvido em Portugal, entre 2011 e 2015, com a finalidade de aumentar a eficácia do programa islandês *Mind and Health* (Arnarson & Craighead, 2009). Este último foi adaptado para adolescentes portugueses e designado Programa da Prevenção da Depressão na Adolescência-PPDA (Matos, Marques, Oliveira, Pinheiro, Arnarson, & Craighead, 2015).

O programa parental 3PDA tem como objetivos aumentar a compreensão parental dos fatores de proteção e de risco que podem conduzir à depressão e promover os indicadores da qualidade dos relacionamentos entre pais e filhos, tais como, suporte social, compaixão,

aceitação, validação emocional, conflito, profundidade da relação parental e comunicação (Pinheiro, Matos & Costa, 2015; Pinheiro et al., 2015).

Partindo de uma abordagem cognitivo comportamental, o programa inclui 10 sessões temáticas (e uma adicional de celebração e encerramento do programa), realizadas semanalmente, duas a duas, e aplicadas em formato de grupo, destinadas aos pais dos adolescentes que se encontram em risco de depressão e que, por sua vez, integram o programa para adolescentes PPDA. O tema de cada sessão e a respetiva mensagem central são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1

Sessões do Programa Parental para a Prevenção da Depressão nos Adolescentes 3PDA: Tema e mensagem-chave

Sessão – Tema	Mensagem-chave
S1 / Adolescência e depressão – Fatores de risco e de proteção	*Toda a moeda tem duas faces*
S2 / Prática de bem-estar e atividades de lazer	*Podemos ter um humor mais positivo*
S3 / Pensamento, comportamento e emoção	*Todos temos recursos*
S4 / Pensamento, comportamento e emoção	*Podemos mudar os pensamentos e os comportamentos*
S5 / Comunicação e escuta ativa	*Escutar é ver, ouvir e perguntar*
S6 / Resolução de problemas e de conflitos	*Todos temos forças e oportunidades*
S7 / Validação emocional e treino de emoções	*Todos temos armas e bagagem emocional*
S8 / Aceitação e compaixão	*Mantenha a visão positiva de si e dos outros*
S9 / Adolescentes e família: Resiliência e suporte social	*Juntos nos bons e nos maus momentos*
S10 / Avaliação do investimento e ganhos com o programa	*Avaliar é preciso!*
S 11 / Finalização do programa parental com os pais e adolescentes. Entrega dos certificados.	*Celebração com lanche especial*

Abordagens e Estratégias

Numa primeira fase o 3PDA procura apresentar aos pais, de uma forma realista e positiva, a problemática do risco de depressão na adolescência e o funcionamento da mente e de fatores de promoção da saúde e bem-estar físico, psicológico e social. Para tal, utiliza uma abordagem descritiva e compreensiva acerca dos fatores de risco e proteção familiares, pessoais e sociais (sessão 1), dos estilos de vida saudável e das práticas de bem-estar e atividades de lazer que lhes estão associadas (sessão 2) e ainda utiliza uma abordagem explicativa do modelo cognitivo comportamental acerca do funcionamento dos pensamentos, comportamentos e emoções (sessões 3 e 4). Nestas primeiras sessões do 3PDA são estabelecidas as devidas pontes conceptuais e práticas com o programa dos adolescentes PPDA, de modo a permitir um conhecimento e compreensão dos encarregados de educação acerca dos objetivos, conteúdos e atividades dos seus educandos.

Nas sessões seguintes este programa inclui temáticas mais vocacionadas para a promoção do auto-conhecimento das competências parentais, para a promoção da qualidade da interação familiar e de climas familiares resilientes, de suporte e supervisão parental. Em consonância são utilizados métodos de formação e técnicas de aprendizagem ativas, participativas e interativas, procurando gerar sinergias individuais e grupais.

Assim são utilizadas ferramentas de *coaching* parental para promoção de competências de comunicação, escuta ativa e resolução de problemas (sessões 5 e 6), exercícios de treino de validação emocional (sessão 7), aceitação e compaixão (sessão 8), exercícios de *mindfulness* para promoção da resiliência (sessões 9 e 2); dinâmicas de grupo para promoção da qualidade dos relacionamentos pais-filhos e do ambiente familiar mais resiliente (sessões 9).

Os materiais do programa estão organizados no formato de Manual para Pais e Manual para Formadores.

Cada sessão é planificada de acordo com uma matriz orientada por objetivos e é desenvolvida de acordo com o modelo de desenvolvimento de competências de Whetten e Cameron (2005) sucedendo-se as fases de (i) avaliação inicial grupal das competências da sessão, (ii) aprendizagem conceptual apoiada por materiais pedagógicos, (iii) análise de situações e problemas e realização de exercícios de aplicação (iv) indicações de aplicação e transferência das aprendizagens da sessão, (v) avaliação da sessão (satisfação e envolvimento nas aprendizagens).

Entre os materiais pedagógicos oferecidos aos participantes ao longo do programa encontram-se folhetos temáticos, fichas de trabalho da sessão, fichas de registo de trabalho semanal, pequenos conjuntos de apontamentos e sugestões de leitura.

Destinatários

O 3PDA é destinado aos pais e encarregados de educação dos adolescentes que se encontram em risco de desenvolverem o primeiro episódio depressivo, ou seja adolescentes que apresentam pontuações entre os percentis 75 e 90 no Children Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo,1994) e que integrem o Programa da Prevenção da Depressão na Adolescência-PPDA (Matos et al., 2015), programa que é aplicado em contexto escolar a jovens entre os 13 e os 15 anos de idade, que frequentam o 8º e 9º ano de escolaridade.

Avaliação

A eficácia desta intervenção com pais e encarregados de educação é avaliada através dos resultados dos respetivos filhos adolescentes no CDI, para além dos resultados obtidos pelos adultos em questionários de auto-resposta, aplicados previamente e após a realização do programa e em sucessivos momentos de follow-up, efetuados de 6 em 6 meses e durante 3 anos. A bateria de testes (Pinheiro, et al., 2015) permite avaliar caraterísticas

sociodemográficas e de história pessoal, conhecimentos sobre depressão na adolescência (Questionário de conhecimentos sobre depressão), sintomatologia depressiva (BSI; Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo,1994), ansiedade e stresse (EADS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), resiliência (RS; Pinheiro, Matos, Pestana, Oliveira, & Costa, 2015; Wagnild & Young, 1993), autocompaixão (SELFCS; Neff, 2003; versão portuguesa: Pinto-Gouveia & Castilho, 2006), qualidade dos relacionamentos interpessoais (IQRI-PP; Pinheiro, Matos, Mota, Marques, & Costa, 2015) e suporte social (SSQ6; Sarason, Shearin, & Pierce, 1987, versão portuguesa: Pinheiro & Ferreira, 2002) validação emocional (PSST; Gottman, 1997; versão portuguesa: Dinis & Pinto-Gouveia, 2008) e stresse parental (PSS; Berry & Jones, 1995; versão portuguesa: Mixão, Leal, Maroco, 2010). Os problemas internalizantes e externalizantes dos adolescentes são igualmente avaliados pelos pais (CBCL; Achenbach, 1991; versão portuguesa: Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira, & Cardoso, 1994).

Como prevista, a avaliação da eficácia do 3PDA ocorre em função dos seus objetivos: aumentar a eficácia do Programa de Prevenção da Depressão na Adolescência (PPDA de Arnarson e Craighead, 2009); aumentar a compreensão dos pais sobre fatores de risco e proteção para a depressão; aumentar a qualidade da relação entre pais e adolescentes. Assim, e respetivamente, serão obtidos indicadores de: (i) ausência, nos adolescentes, de sintomatologia depressiva com relevância clínica (mediante a pontuação inferior ao percentil 75 no Children Depression Inventory) ou de episódio depressivo após a intervenção (mediante avaliação por entrevista), (ii) mudança nos conhecimentos dos adultos em relação à depressão na adolescência, (iii) mudança de atitudes e comportamentos dos adultos na interação com os adolescentes.

O modelo multinível por Kirkpatrick e Kirkpatrick (2005) foi utilizado para estruturar a avaliação do programa, que inclui a articulação dos quatro níveis: reação (em cada sessão), aprendizagem, comportamento e resultados dos participantes (antes, durante e depois do programa). A avaliação pré-programa ocorre antes da primeira sessão e avaliação pós-programa ocorre após a décima sessão.

MÉTODO

Neste trabalho os estudos da eficácia da intervenção 3PDA são efetuados em função dos scores do Children Depression Inventory – CDI, em três momentos de avaliação dos adolescentes: na linha de base (pré-teste), após a intervenção (pós-teste) e aos seis meses de seguimento (follow-up). Os resultados apresentados foram obtidos no âmbito do Projeto I&D Prevenção da Depressão em Adolescentes Portugueses: Estudo da Eficácia duma Intervenção com Adolescentes e Pais (PTDC/MHC-PCL/4824/2012), a decorrer no CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-

Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. O projeto é atualmente financiado pela Fuqua Family Foundation- EUA.

Amostra

Participaram do estudo de eficácia do 3PDA um grupo experimental de 16 pais e encarregados de educação (Grupo Experimental/GE) que realizaram o 3PDA e um grupo controle de 33 pais (Gripo de Controlo/GC) que não realizaram o 3PDA mas cujos filhos igualmente participaram no programa para adolescentes PPDA. A distribuição por sexo nos dois grupos não apresenta diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(1)=0,387$, $p=0,534$], havendo 15 participantes do sexo masculino (30,61%) e 34 do sexo feminino (69,39%). A seleção desta amostra foi realizada a partir de uma amostra de pais de adolescentes com idades entre 13 e 15 anos, considerados como estando *em risco*, uma vez que os seus resultados no Inventário Depressivo Infantil (CDI; Kovacs, 1983, versão Português de Marujo, 1994) se situavam entre o percentil 75 a 90.

Instrumentos

Children Depression Inventory – CDI (Kovacs, 1983; versão portuguesa: Marujo, 1994). O CDI é usado para avaliar sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, com idades entre 7-17. É composto por 27 itens e cinco fatores: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e auto-estima negativa. A versão em Português do CDI apresentou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,80 para uma estrutura unidimensional (Marujo, 1994).

RESULTADOS

O estudo da eficácia da intervenção 3PDA em função dos scores do CDI iniciou-se com a verificação dos pressupostos estatísticos que revelou não existirem, no pré-teste, diferenças significativas nem entre os grupos 3PDA (grupo de adolescentes *em risco* cujos pais fizeram programa parental 3PDA) e PPDA (grupo de adolescentes considerados *em risco* que fizeram PPDA), nem entre os sexos [$F(1,46)=2,197$, $p=0,145$]. Também não se verificaram diferenças na distribuição do género nos grupos [$\chi^2(1)=0,387$, $p=0,534$). A média de idades dos adolescentes foi de 14,20 ($DP=0,92$) e não se registaram diferenças de idade entre os adolescentes do grupo 3PDA e PPDA [$F(1,44)=0,371$, $p=0,545$].

As variáveis obtidas pré-pós, pré-follow up e pós-follow up, obtiveram assimetrias padronizadas inferiores a 2 (respetivamente, 0,54; 0,9; 0,14). As estatísticas descritivas relativas aos três momentos em avaliação são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2

Número de sujeitos e valores no CDI nos três momentos de avaliação do PPDA e 3PDA

		Pré-teste				Post-teste				Follow up de 6 meses			
Grupo	*n*	*M*	*DP*	Min	Max	*M*	*DP*	Min	Max	*M*	*DP*	Min	Max
PPDA	33	14,12	4,65	4	26	10,30	5,82	0	24	11,15	6,24	2	25
3PDA	16	16,06	7,79	5	30	11,69	5,91	4	22	09,50	6,06	1	26

Avaliando se a mudança ocorrida entre os três momentos diferiu significativamente entre os grupos, verificou-se que nos dois programas existem ganhos estatisticamente significativos entre o pré-teste e pós-teste, que permanecem no *follow up*. Embora a diferença entre as médias dos grupos não tenha sido estatisticamente significativa, verificou-se que no 3PDA os resultados do CDI continuam a descer consistentemente no *follow up* (Gráfico 1).

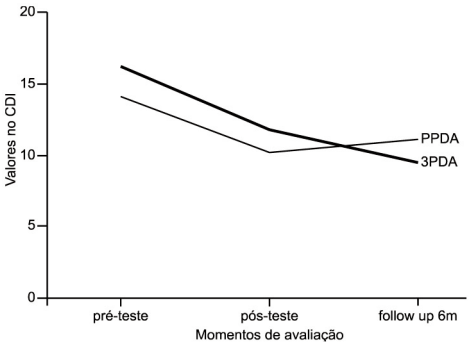


Gráfico 1. Médias dos CDI nos três momentos de avaliação do PPDA e 3PDA

Quando analisadas as estatísticas de mudança – diminuição na pontuação do CDI – entre cada dois momentos verificou-se que os grupos não diferiram entre o pré-teste e pós-teste [$F(1,48)=0,075$, $p=0,785$], entre o pré-teste e o *follow-up* [$F(1,48)=3,743$, $p=0,059$], mas diferiam significativamente entre o pós-teste e o *follow-up* [$F(1,48)=4,218$, $p=0,046$]. A mudança é maior no grupo cujos pais realizaram o programa parental 3PDA. Os resultados sugerem que ambos os programas contribuem para a diminuição das pontuações do CDI, mas o 3PDA parece ser mais eficaz em manter o efeito a médio prazo.

Foi ainda calculado o Índice de Mudança Fiável (RCI; Jacobson & Truax, 1991) entre o pré-teste e o pós-teste e entre o pré-teste e o follow-up, o que permitiu classificar e esclarecer a direção das mudanças. Entre o pré-teste e pós-teste (*Qui-quadrado*=0,330, $p=0,848$) foram classificados em melhoria global 69,7% dos indivíduos do PPDA e 62,5% de 3PDA, havendo cerca de 12,5% em ambos os grupos classificados na deterioração (Quadro 3).

Quadro 3

Índice de mudança fiável (RCI) para o CDI por grupo e momento de avaliação

		PPDA		3PDA	
	RCI	*n*	%	*n*	%
Pre-test/pos-test	Melhoria global	23	69.7	10	62.5
	Sem mudança	06	18.2	04	25.0
	Deterioração global	04	12.1	02	12.5
Pre-test/follow up					
	Melhoria global	19	57.5	16	100
	Sem mudança	06	18.2	00	000
	Deterioração global	08	24.2	00	000

Se considerarmos o efeito dos programas do pré-teste para o follow-up de seis meses, 57,5% dos indivíduos PPDA foram classificados em melhoria global, 18,2% sem mudança e 24,2% na deterioração. No grupo 3PDA todos os sujeitos (100%) foram classificados em melhoria global.

DISCUSSÃO

Tal como esperado, os primeiros estudos de eficácia (Pinheiro et al., 2015), apontam para uma significativa diminuição da sintomatologia depressiva nos adolescentes cujos pais frequentaram o 3PDA, quando comparados com os adolescentes cujos pais não realizaram formação parental, situando-se esta diminuição nos momentos de avaliação pós intervenção e follow-up de 6 meses.

Mais estudos são necessários para esclarecer o poder preditivo de variáveis familiares e encontrar evidências de que intervenções baseadas na família sejam eficazes na redução da depressão adolescente. Até agora, os resultados enfatizam a importância de fazer avaliações de acompanhamento e sessões de reforço para consolidar mudanças positivas pois "os caminhos para a resiliência são complexas e algumas mudanças familiares não são evidentes até meses ou anos após o programa" (Lee & Eden, 2009, p. 200).

Até ao momento, os resultados sugerem que ambos os programas, parental (3PDA) e adolescentes (PPDA), contribuem para a diminuição da sintomatologia depressiva nos adolescentes (resultados do CDI), contudo o 3PDA parece ser mais eficaz na manutenção desse efeito e no seu aumento, a médio prazo.

Os atuais resultados vão ao encontro dos de outros estudos (Gillham et al., 2000, 2007; Horowitz & Garber, 2006; Lee & Eden, 2009), apontando que as estratégias de prevenção orientadas para a família são um encorajador contributo para prevenir a depressão nos adolescentes.

REFERÊNCIAS

Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 47*(7), 577-585.

Beardslee, W. R. et al. (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents. Longer term effects, *JAMA Psychiatry, 70*(11), 1161-70. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.29

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J., & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics, 112*(2), e119-e131. doi: 10.1542/peds.112.2.e119

Cole, D. A., & McPherson, A. E. (1993). Relation of family subsystems to adolescent depression: Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology, 7*, 119-133.

Ge, X., Conger, R., Lorenz, F., & Simons, R. (1994). Parents' stressful life events and adolescent depressed mood. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 28-44.

Gillham, J., Shatté, A., & Freres, D. (2000). Preventing depression: A review of cognitive behavioral and family interventions. *Applied & Preventive Psychology, 9*, 63-88.

Gillham, J. E., Brumwasser, S. M., & Freres, D. R. (2013). Preventing depression in early adolescence. In J. R. Z. Abela & B. L. Hankins (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. X-Y) New York, NY: Guilford.

Gjerde, P., Block, J., & Block, J. H. (1991). The preschool family context of 18 year olds with depressive symptoms: A prospective study. *Journal of Research on Adolescence, 1*, 37-62.

Herman-Stahl, M., & Petersen, A. C. (1999). Depressive symptoms during adolescence: Direct and stress buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20*, 45-62.

Lee, C., & Eden, V. (2009) Family-based approaches to the prevention of depression in at-risk children and youth. In C. A. Essau (Ed.), *Treatments for adolescent depression: Theory and practice* (pp. 177-214). New York, NY, US: Oxford University Press.

Matos, A. P., & Pinheiro, M. R. (2013, Junho). *Programa parental para a prevenção da depressão nos adolescentes: um contributo para aumentar os fatores de proteção familiar.* Proceedings of the VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Aveiro.

Matos, A. P., Marques, C., Oliveira, S., Pinheiro, M. R., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). *A prevention program of depression in at-risk adolescents: Preliminary results from baseline to follow-up.* 9th International Technology, Education and Development Conference, INTED2015, Proceedings, 7770-7779.

Pinheiro, M. R., Matos, A. P., Costa, J. J., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (2015). A Parental Program for the Prevention of Depression in Adolescents. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences, 6*, 95-108.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Fatores complicadores de um processo de luto – Estudo de caso

MARIA HELENA PEREIRA FRANCO (*)
GIOVANA KREUZ (**)
GABRIELLA COSTA PESSOA (***)

Este trabalho apresenta, parcialmente, o relato de um caso clínico de atendimento a uma paciente que se encontrava em processo de luto e faz deste caso um estudo nos modelos preconizados para os estudos de caso clínico.

São abordados os atendimentos psicoterapêuticos de suporte realizados entre 2014 e 2015 a uma paciente do sexo feminino que foi encaminhada por seu psiquiatra à clínica-escola no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto-LELu, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil, clínica caracterizada por seus atendimentos destinados à comunidade e por dispor de diferentes linhas teóricas propostas pelo curso de Psicologia, com diferentes modalidades de aprimoramento e serviços. No estudo de caso clínico a ser abordado, a paciente foi encaminhada ao LELu.

O uso da psicoterapia de suporte ao enlutado é um recurso de suma importância quando o curso do luto se complica e a pessoa enlutada não consegue adaptar-se às mudanças após a perda do ente querido. A elaboração é um processo doloroso e que demanda tempo, sendo este próprio a cada pessoa. Alguns fatores complicadores do luto podem impedir que esse processo transcorra de maneira saudável. Assim, fatores como idade, tipo de morte, vínculo com a pessoa falecida, conflitos, rede de apoio, crenças sobre a morte e outros fatores envolvidos na perda precisam ser analisados. Os nomes da paciente e de seu companheiro falecido são fictícios neste relato para manter o sigilo, respeitando-se a privacidade e o resguardo da identidade dos pacientes em processo psicoterapêutico, de acordo com a resolução CNS (Conselho Nacional de Saúde/Brasil) Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

Objetivo

Apresentar o relato de um caso clínico de luto complicado e discutir fatores de risco que podem interferir no processo de elaboração deste luto.

(*) Estações Instituto de Psicologia em São Paulo / Lelu – Laboratório de Estudos sobre Luto PUC-SP, Brasil.
(**) Lelu – Laboratório de Estudos sobre Luto PUC-SP / Hospital do Câncer Cascavel PR – UOPECCAN / Uningá e UEM, Brasil.
(***) Lelu – Laboratório de Estudos sobre Luto PUC-SP / Clínica Psicológica Ana Maria Poppovic – PUC-SP, Brasil.

MÉTODO

O estudo de caso refere a uma experiência de caso clínico fundamentado na abordagem da terapia de luto. O estudo de caso clínico é: "um método de observação, de construção de raciocínio e de relato de informações que entrelaça teoria com observação de fatos, possibilitando a reflexão e a formulação de hipóteses..." (Capitão & Villemor-Amaral, 2007, p. 238). Assim, de acordo com a abordagem escolhida, foi utilizado o recorte do caso clínico para ilustrar e elaborar hipóteses que apoiam a formulação teórica da psicoterapia como suporte a enlutados.

RESULTADOS

A paciente Marta, brasileira, 40 anos, agora viúva, buscou a clínica por estar em atendimento psiquiátrico e ter sido recomendada à psicoterapia por este profissional. Sua inscrição fora feita por sua irmã. Em seu relato da história da perda, Marta conta que seu companheiro morrera atropelado em março de 2013, no ponto de ônibus ao voltar do trabalho. Após os rituais fúnebres, Marta buscou retornar às suas atividades, tendo voltado a trabalhar, mas em algumas semanas foi afastada do trabalho e estava, até a época em que procurou o LELu, sem conseguir retomar a vida laboral. É professora de escola pública. Marta relata sentir muita dor no corpo, teve insônia por um ano e não falava sobre o companheiro e sobre sua morte com ninguém a não ser o psiquiatra.

O companheiro era sul-americano, os dois se conheceram em uma viagem à América Central, após o que ele se mudou para o Brasil. Durante as primeiras sessões, Marta falava com frequência sobre se sentir responsável pela mudança dele para o Brasil e, portanto, por sua morte. Não tiveram filhos e deixaram muitos planos e sonhos interrompidos pela morte dele; como a viagem dos dois para visitar a irmã dele na Europa.

O luto foi aqui entendido conforme preconiza Parkes (1998), ou seja, como reação normal e esperada para o rompimento de um vínculo significativo. A pessoa enlutada vive o sofrimento por suas perdas e necessita reorganizar-se ou readaptar-se à vida, agora com a pessoa ausente. Para Franco (2010), o luto é um processo determinado por fatores tanto internos, como a estrutura psíquica do enlutado, tipo de vínculo com a pessoa falecida, histórico de perdas anteriores; quanto por fatores externos, incluindo as circunstâncias da perda, as crenças culturais e religiosas, o apoio recebido. Marta possuía questões importantes quanto à religião que foram relatadas com frequência durante as sessões. Visitou diferentes centros ou templos religiosos em busca de respostas que não lhe foram satisfatórias.

A paciente Marta encontrava-se em um momento delicado de seu processo de luto, ainda não se sentindo capaz de prosseguir a vida e retomar as atividades (cotidianas, familiares, laborais e afetivas). Sentia-se incapaz de proteger-se e de proteger. Há em seu

relato sentimentos intensos de culpa e dívida (ruminação e ambivalência, ambos indicadores de luto complicado), sente-se culpada por ter sido a responsável pela mudança de país do companheiro e consequentemente pelo falecimento dele no Brasil e sente-se também culpada por não conseguir cuidar do pai, por ter negligenciado o gato, por não conseguir ser pontual com obrigações financeiras e tarefas burocráticas. A culpa a inabilita para o processo de oscilação entre perda e restauração. Mantem-se na perda. Em seu relato aparece a dificuldade em manejar os cuidados com o pai e o irmão, o que indica que ainda necessita ser amparada e cuidada pela família. Portanto, a paciente possui rede de suporte familiar que são seu pai, irmão e irmãs, porém, estes demonstram ser ineficientes no acolhimento ao sofrimento da paciente devido ao fato de também terem seus próprios contextos difíceis: o pai precisa ser cuidado, sofreu acidentes que resultaram em amputação de membros; as irmãs têm suas vidas para cuidar e assim sucessivamente.

DISCUSSÃO

Para avaliar fatores de risco e de proteção que abarcam o processo de luto, é necessário perceber como a vida de Marta era antes e como ficou após a perda. Com o relato do caso clínico, foram abordados fatores complicadores para o processo de luto, como: sintomas físicos, alteração do sono, alteração do apetite, afastamento do trabalho, rede de apoio ineficiente, rompimento de vínculos, dificuldades em realizar atividades cotidianas e burocráticas que dificultam o processo de adaptação à situação vivida.

No caso de pessoas enlutadas, a rede de apoio familiar, social ou institucional disponível e atuante pode ser considerada como um importante fator de proteção, assim como a presença de pontos de motivação que façam sentido para o enlutado ou pessoas e seres que dele necessitem ou vínculos afetivos estabelecidos (como o trabalho, os filhos, algo que precise de seus cuidados, um projeto significativo), assim, há uma conexão que resgata o enlutado. Os fatores de risco, ao contrário, são dificuldades do reestabelecimento do enlutado, pois parece não haver nada de significativo que mantenha a conexão da pessoa com o mundo. Podemos pensar em doenças preexistentes físicas ou psiquiátricas, contexto de violência e trauma, ausência de rede adequada de apoio como fatores de risco. A estrutura de personalidade e os padrões de apego de cada pessoa também podem configurar-se como risco ou proteção, mas não somente, pois dependendo de cada modo de organização e do contexto que a pessoa vive há uma resposta de enfrentamento adaptada à situação.

Para Worden (2013), o processo de luto inclui algumas tarefas como: (1) Aceitar a realidade da perda; (2) Processar a dor do luto; (3) Ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta; (4) Encontrar conexão duradoura com a pessoa morta em meio ao início de uma nova vida. Em consideração aos apontamentos teóricos deste autor, pensamos que Marta compreende e aceita a realidade da perda, sabe que seu companheiro está morto e sente a

ausência como algo sofrido e completamente incômodo; está conseguindo formular suas questões e agora falar sobre a morte e a dor, vivendo processo de luto, no entanto ainda sente muita dificuldade de viver e ajustar-se no mundo sem a presença e os papéis que o companheiro falecido exercia, por isso, ainda não consegue encontrar uma conexão com o falecido em meio à sua nova vida, pois não se ajustou completamente a ela.

REFERÊNCIAS

Capitão, C. G., & Villemor-Amaral, A. E. (2007). A pesquisa com estudo de caso. In M. N. Baptista & D. C. Campos (Orgs.), *Metodologias de pesquisa em ciências: Análises quantitativa e qualitativa* (pp. 238-253). Rio de Janeiro: LTC.

Franco, M. H. P. (2010). *Formação e rompimento de vínculos; o dilema das perdas na atualidade.* São Paulo: Summus.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (3ª ed.). São Paulo: Summus.

Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental* (4ª ed.). São Paulo: Roca.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Vivência do luto e a busca de psicoterapia

MARIA HELENA PEREIRA FRANCO (*)
MARCELLA GEROMEL (*)
RENATA MILLAN (*)
SOPHIA KALAF (*)

O Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu, fundado em 1996, atende pessoas enlutadas que ali vão em busca de psicoterapia, após uma perda significativa. Suas atividades de assistência e extensão são realizadas na Clínica Psicológica "Ana Maria Poppovic" da PUC-SP e compõem-se de atendimento psicodiagnóstico e psicoterapêutico, por meio de curso de aprimoramento clínico para psicólogos e médicos. São atendidas pessoas de todas as faixas etárias, com uma diversidade demográfica representativa da população não clínica da cidade de São Paulo. O luto se deve a diferentes causas, como acidentes, doenças, suicídio.

A partir de 2011, aos pacientes adultos (maiores de 18 anos) tem sido utilizado o instrumento Hogan Grief Check-List – HGCL (Hogan, Greenfield, & Schmidt, 2001; Hogan e Schmidt, 2002), com o intuito de detalhar queixas trazidas no momento do psicodiagnóstico. Desde então, foram coletados 63 questionários HGCL, com informações importantes do ponto de vista clínico individual, como parte da discussão teoria e clínica sobre a condição da pessoa enlutada.

Não se podem ignorar as questões associadas à eficácia e aos custos dos programas de intervenção no luto (Jordan & Neimeyer, 2003; Neimeyer, 2012), e, portanto ressalta-se a importância de dirigir esses esforços especificamente às pessoas que mais necessitam e poderão vir a beneficiar deles. Dessa forma, uma proposta de prevenção terciária, especificamente indicada para pessoas com complicações no processo de luto, justifica-se e pode ser resultante deste estudo. A revisão da literatura (Neimeyer, 2012) demonstra ser esta especificidade mais desejável pela eficácia, quando comparada às formas de prevenção primária, orientada para todas as pessoas que sofreram uma perda, ou à prevenção secundária, que se baseia em fatores de risco para vir a desenvolver um luto complicado (Schut & Stroebe, 2005). Portanto, buscar meios para obter um diagnóstico preciso do processo de luto que resulte em indicações terapêuticas claras e específicas é uma das contribuições que este estudo poderá trazer.

O presente estudo tem por **objetivos**:

(*) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Brasil.

a) Descrever a população enlutada que procura atendimento psicológico no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto – LELu, com atenção para os aspectos demográficos e identificação de fatores de risco e proteção para luto complicado.
b) A partir dessa descrição e com base na literatura, discutir as abordagens psicoterapêuticas indicadas para essa população, nas especificidades do processo de luto.

Sobre o luto e o luto complicado

O luto é uma resposta natural e esperada ao rompimento de um vínculo, em particular a perda de um ente querido, e pode ser definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais em resposta a uma perda (Parkes, 1998). A maioria das pessoas desenvolve um processo de luto normal, e com o passar do tempo é capaz de retomar os seus interesses, atividades de vida diária e o trabalho.

Constata-se, porém, que uma parcela de 10% a 20% da população enlutada tem demonstrado dificuldades em lidar com a perda e desenvolve sintomas debilitantes e incapacidade funcional, que pode ser caracterizado como um luto complicado ou um luto prolongado (Prigerson, 2005; Prigerson, Vanderwerker, e Maciejewski, 2008; Regehr & Sussman, 2004; Stroebe & Stroebe, 1993). São reconhecidas também as implicações do luto sobre a saúde mental, relativas a transtornos depressivos, ansiedade, desespero, descrença e anestesia emocional (Ott, Lueger, Kelber et al., 2007; Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2007; Stroebe, Stroebe & Domittner, 1988). Da mesma maneira, já foram documentados os efeitos adversos sobre a saúde física que incluem prejuízo temporário da imunidade corporal, aumento no número de consultas médicas, hospitalizações, cirurgias e aumento da taxa de mortalidade das populações enlutadas, quando comparadas à população geral (Parkes, 1998).

Os sintomas de luto complicado podem ser organizados de acordo com cinco critérios:

a) Evento: perda do outro significativo;
b) Ansiedade de separação: o enlutado experiencia diariamente e a um nível intenso e disruptivo saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa desaparecida;
c) Sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais: a pessoa experiencia diariamente ou a um nível disruptivo pelo menos cinco dos seguintes sintomas: confusão em relação ao próprio papel na vida, sensação de que já não sabe quem é (percepção de que parte de si morreu); dificuldade em aceitar a perda; evita se lembrar a realidade da perda; incapacidade para confiar nos outros depois da perda; sentimentos de amargura e revolta relacionados com a perda; dificuldade em continuar com a vida (ex., fazer novos amigos, ter novos interesses); percepção de estar emocionalmente entorpecido; sentir que a vida é insatisfatória, vazia ou sem

significado desde a perda; sentimento de choque, atordoamento e confusão pela perda;

d) Tempo: o diagnóstico não deve ser realizado até terem decorrido 6 meses de luto.

e) Disfunção social e ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento. Um critério adicional estipula que a perturbação não esteja relacionada com efeitos fisiológicos, consumo de substâncias ou outras condições médicas, e ainda que os sintomas não se explicam melhor por meio do Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade ou Transtorno de Estresse Pós Traumático.

É consenso que, entre os extremos de uma reação de luto adaptada, auto-limitada, não merecedora de intervenção terapêutica, e as síndromes psiquiátricas, há uma população intermediária de indivíduos que apresentarão um transtorno de luto complicado, indivíduos que merecerão tratamento que os alivie dos intensos e prejudiciais sintomas emocionais (Prigerson et al., 1995, 1999; Prigerson et al., 1997). Também é importante esclarecer, de acordo com Boelen e Prigerson (2007), que o transtorno de luto prolongado é diferente da depressão e ansiedade e é indicativo de limitações na qualidade de vida e saúde mental.

Holland, Neimeyer, Boelen e Prigerson, (2009) acrescentam, porém, que as reações patológicas distintivas do luto prolongado, quando comparadas às do luto normal, se definem sobretudo pelo cruzamento da severidade dos sintomas com a duração superior a 6 meses consecutivos ou mais, independentemente da distância em que ocorrem em relação à perda. Dessa forma, tanto o luto crónico como o inibido podem ser integrados na definição de luto complicado.

Ainda considerando os critérios de diagnóstico definidos como indicadores de complicações no luto (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2007), os indivíduos que cumprem os critérios de diagnóstico de Transtorno de Luto Prolongado de 6 a 12 meses após a perda aumentaram o risco de consumo de álcool, tabaco e apresentam distúrbios de sono quando comparados com os que não cumpriram os critérios no mesmo período após a morte de um ente significativo.

De acordo com a literatura muitos podem ser os fatores associados ao desenvolvimento de um luto complicado/prolongado entre eles podemos citar as circunstâncias e qualidade da morte, sobrecarga do cuidador, falta de suporte social, a relação com o falecido, assim como as características pessoais do enlutado como, por exemplo, a personalidade e antecedentes psicopatológicos, as estratégias e estilos de enfrentamento e a qualidade do vínculo do enlutado com o morto.

Holland et al. (2009) acrescentam que as reações patológicas distintivas do luto prolongado se definem principalmente pela severidade dos sintomas, que persistem por mais de seis meses. O critério tempo salienta que os seis meses de perturbação devem ser consecutivos, independentemente da distância em que ocorrem em relação à perda.

É principalmente pelo resultado desses e outros estudos que se destaca a importância de se identificar possíveis fatores protetores e de risco para o desenvolvimento do luto complicado/prolongado. Não existe um consenso sobre quais são os fatores protetores e de

risco para o desenvolvimento de um luto complicado, mas pode-se considerar que se dividem em dois grandes grupos, dos fatores gerais e dos fatores específicos, que por sua vez estão divididos em outros grupos. Os fatores gerais são compostos pelos fatores intrapessoais e interpessoais, e os fatores específicos do luto abrangem os fatores relacionais, os fatores situacionais e o objeto da perda.

Os fatores intrapessoais englobam as características demográficas do enlutado; os antecedentes psicopatológicos, personalidade, estilo de vinculação, estilo de *coping* e religiosidade e espiritualidade. Os fatores interpessoais abrangem o suporte social, o funcionamento familiar, o contexto cultural e religioso, lutos anteriores estressores concorrentes. Os fatores relacionais são compostos pela circunstância de morte, condições do tratamento, sobrecarga do cuidador, sobrecarga socioeconómica. Os fatores situacionais abarcam a qualidade da relação anterior com o falecido, questões pendentes, luto antecipatório. E o objeto da perda abrange as características demográficas do falecido e o grau de parentesco com o falecido.

Na avaliação do luto, destaca-se a importância de estudos que considerem os fatores mencionados, com abertura para outros que se manifestem de maneira específica a alguns determinantes. Neimeyer e Hogan (2001) destacam os cuidados na mensuração quantitativa, que foram observados no instrumento utilizado neste estudo.

MÉTODO

Ao longo dos anos de 2011 e 2012, as pessoas que buscaram psicoterapia no Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto foram entrevistadas em profundidade, acerca de sua demanda para psicoterapia, com foco na identificação de fatores de risco e de proteção. Na 2ª entrevista, além de aprofundamento e esclarecimento de dúvidas, era solicitado que preenchessem o HGCL, traduzido pela autora deste projeto, a partir de Hogan, Greenfield e Schmidt (2001). Foram então analisados segundo as recomendações dos autores, com vista a identificação das respostas de desespero, culpa e raiva, crescimento pessoal, comportamento de pânico, afastamento emocional, juntamente com a discussão clínica das informações obtidas nas duas entrevistas. Foi também aplicado um questionário demográfico para recolha de informações demográficas sobre os enlutados.

Foram considerados critérios de exclusão:

- Indivíduos com menos de 18 anos;
- Indivíduos com déficit cognitivo;
- Não domínio da língua portuguesa.

Neste estudo, os mesmos indicadores serão analisados, cruzando-se com dados demográficos que representem possibilidades de compreensão do fenómeno, como, por

exemplo: tipo de morte e relação com o falecido; idade do falecido, causa de morte e religião do enlutado.

Com esses resultados, possibilita-se a discussão do perfil da população atendida e suas consequentes necessidades psicoterapêuticas.

Análise de Dados

No presente estudo, apenas as respostas do HGCL serão analisadas, na busca de identificação dos fatores de risco e proteção, a partir da população estudada e representativa daquela que busca psicoterapia de luto no LELu.

A metodologia usada é de natureza quantitativa, pelo que será utilizado o programa SPSS versão 20.0 para a análise e comparação dos dados, do acordo com os autores do instrumento e possibilitando cruzamento de variáveis encontradas.

Considerações éticas

Por se tratar de análise documental, este estudo não requer aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos.

REFERÊNCIAS

Holland, J., Neimeyer, R., Boelen, P., & Prigerson, H. (2009). The underlying structure of grief: A taxometric investigation of prolonged and normal reactions to loss. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 190-201.

Jordan, R., & Neimeyer, A. (2003). Does grief counselling work? *Death Studies, 27*(9), 765-786.

Neimeyer, R. (2012) *Techniques for Grief Therapy: Creative practices for counselling the bereaved.* Routledge: Londres.

Neimeyer, R., & Hogan, N. (2001). Quantitative or qualitative? Measurement issues in the study of grief. In Stroebe, Hansson, Stroebe, & Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research, consequences, coping and care* (pp. 89-118). Washington DC: APA.

Ott, C., Lueger, R., Kelber, S., et al. (2007). Spousal Bereavement in older adults: common, resilient, and chronic grief with defining characteristics. *Journal of Nervous & Mental Disease, 195*(4), 332-341.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Prigerson, H. G., Vanderwerker L. C., & Maciejewski, P. K. (2007). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM–V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe, (Eds.). *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st Century Perspectives* (pp. 165-186). American Psychological Association Press.

Regehr, C., & Sussman, T. (2004). Intersections between grief and trauma: Toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*, 289-309.

Schut, H., & Stroebe, M. (2005). Interventions to enhance adaptation to bereavement. *Journal of Palliative Medicine*, *8*(1), 140-147.

Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1993). Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In M. S. Stroebe, W. Stroebe, & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 208-226). New York: Cambridge University Press.

Stroebe, W., Stroebe, M., & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, *44*, 143-158.

Hogan, N. S., & Schmidt, L. A. (2002). Testing The Grief to Personal Growth Model Using Structural Equation Modeling *Death Studies, 26,* 615-634.

Hogan, N. S., Greenfield, D. B., & Schmidt, L. A. (2001). Development And Validation Of The Hogan Grief Reaction Checklist *Death Studies*, *25*, 1-32.

Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2006) A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for the DSM-V. Symposium on Complicated Grief. *Omega, 52*(1), 16.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Frank, E., Beery, L.C., Silberman, R., Prigerson, J., et al. (1997). Traumatic grief: A case for loss-induced trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*(7), 1003-1009.

Prigerson, H., Shear., M., Jacobs, S., Reynolds, C., III, Maciejewski, P., Davidson J., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry, 174,* 67-73.

Boelen, P.A., & Prigerson, H.G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: A prospective study. *European Arch. Psychiatry Clinical Neuroscience, 257,* 444-452.

Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., III, Anderson, B., Zubenko, G., et al. (1995). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry, 152*, 22-30.

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2007). Prolonged grief disorder: a case for inclusion in DSM-V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W.

Stroebe, (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives* (pp. 165-186). American Psychological Association Press.

Prigerson, H. G. (2005) Complicated grief: When the path to adjustment leads to a deadend. *Bereavement Care, 23*, 38-40.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

A humanização de ambientes como princípio para a criação de diretrizes projetuais para salas de coleta de leite

MARIA L. BRATTI (*)
MARIA C. RYBERG (*)
PATRÍCIA B. CAVALCANTI (**)
VERA H. M. BINS ELY (*)

Durante grande parte do século XX, a arquitetura hospitalar centrou-se na criação de hospitais que favorecessem o uso de uma tecnologia de ponta que reduzissem os riscos de infecção, concentrados no objetivo final de curar doenças (Molenaar, 2006; Ulrich, 2006). Tal ênfase na eficiência, tecnologia e assepsia, muitas vezes produziu edificações de caráter excessivamente institucional, com layouts utilitários, isolados do contexto urbano e social e destituídos de qualidades que criam o sentimento de serem lugares concebidos para pessoas (Cole, 2006; Molenaar, 2006).

Também nesse período, a preocupação com as taxas de mortalidade materna acabou modificando o paradigma do nascimento, que deixa de ser um evento natural, pertencente ao universo feminino e passa a ser considerado uma patologia, devendo ocorrer exclusivamente dentro do ambiente hospitalar (Rede Feminista de Saúde, 2002; Silveira 2006).

Nos últimos 30 anos, porém, passou-se a criticar esse modelo tradicional de hospital e tem-se presenciado em muitos países uma preocupação com a melhoria da assistência prestada no ambiente de nascer (Bittencourt, 2008; Organização Mundial da Saúde, 1985; Silveira, 2006). A facilidade de acesso a informação criou consumidores mais bem-informadas e trouxe um foco maior em saúde e bem-estar. Os movimentos feministas também ganharam força e as mulheres passam exercer maior influência no mercado da saúde. Esses fatores combinados geraram uma competividade entre as instituições de saúde, favorecendo a germinação de uma nova abordagem a qual impulsionou o movimento de Humanização.

Com a humanização pretende-se qualificar o ambiente de saúde, de forma a desvinculá-lo de imagens negativas e assegurar atributos desejáveis que permitissem a apropriação dos seus usuários, centrando-se o projeto em seu bem estar (Cavalcanti, 2011; Malard,1993; Vasconcelos, 2004).

(*) Departamento de Arquitectura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
(**) Departamento de Comunicação e Expressão, Universidade Federal de Santa Catarina

Diferentemente da maior parte das unidades hospitalares, aquelas ligadas ao nascimento, como os Bancos de Leites, tem um público alvo que em sua grande maioria não se encontra em situações críticas de saúde. As gestantes, as mães, os acompanhantes e os profissionais de saúde que utilizam estes ambientes tendem a vivenciar o hospital em condições mais amenas e positivas. Imagina-se, então, que o planejamento destes ambientes deve criar uma ambiência que não atenda necessariamente às especificardes de outras unidades de um hospital.

Este trabalho faz parte de uma pesquisa de natureza exploratória e qualitativa, com abordagem multi-métodos. Buscou-se investigar as necessidades, anseios e expectativas dos usuários de uma Sala de Coleta de Leite – gestante em pré-natal, lactantes, acompanhantes e profissionais de saúde – de forma a traçar diretrizes projetuais para o planejamento de interiores desses ambientes que assegurem propostas realmente humanizadas e responsivas. Para tanto, o estudo fundamentou-se nas áreas de Psicologia Ambiental, Humanização e Design de Interiores. Também foi adotada uma abordagem participativa, com o objetivo de evidenciar os atributos ambientais desejáveis para essas salas, a partir da percepção de seus usuários.

MÉTODO

Revisão de literatura

Buscou-se compreender: os conceitos da Humanização em ambientes de saúde e mais especificamente nos ambientes de nascer; os métodos utilizados em processo de projeto participativo, suas características, vantagens e desvantagens.

AEIOU e Análise SWOT

Esta etapa teve como objetivo compreender quem são os usuários da Sala de Coleta de Leite estudada, quais as suas rotinas de atividades, bem como possíveis constrangimentos experiênciados na utilização do ambiente. O método AEIOU consiste numa técnica de observação do ambiente em que se registra os dados em cinco formulários distintos, sendo cada um deles referente a uma das seguintes categorias: Atividades, Espaço, Interações, Objetos e Usuários (Martim & Hanington, 2012). As pesquisadoras permaneceram em diferentes horários e dias, observando a vivência cotidiana dos usuários no local. A análise SWOT consiste em organizar, em uma tabela, uma listagem das forças (*Strenghts*), fraquezas (*Weaknesses*), oportunidades (*Opportunities*) e ameaças (*Threats*) observados ou apontados pelos usuários do espaço, subdivididos em fatores internos e externos (Nucci, 2012).

Workshops Participativos

Com os dois workshops participativos buscou-se estimular a participação de um grupo de usuários variado em diferentes momentos do processo de definição de conceitos e diretrizes projetuais. No primeiro workshop totalizaram-se 15 participantes, entre eles: 10 profissionais da saúde, 2 bolsistas, 1 arquiteto do hospital, e 2 funcionários que não se identificaram. No segundo workshop participaram 10 pessoas, entre elas: 5 profissionais da saúde, 2 mães e 2 assistentes sociais e 1 psicóloga.

Brainstorming

Esse método foi aplicado no primeiro workshop, para a definição de alguns conceitos gerais para Salas de Coleta de Leite (adjetivos referentes a expectativas que eles tenham em relação ao ambiente). Cada participante escreveu em pequenos pedaços de cartolina cerca de três atributos ambientais desejáveis, O papeis foram, então, anexados em um grande painel visível a todos, para serem lidos e discutidos. Após a primeira etapa, subdividiram-se pequenos grupos de três pessoas, que deveriam analisar os conceitos listados no painel, filtrando apenas os três que considerassem mais importantes. Ao final do *Braimstorming,* todos os participantes foram novamente reunidos para chegar um consenso dos três atributos finais que fossem os mais significativos para a totalidade do grupo.

Poema dos Desejos

Com essa ferramenta é possível obter elementos ou soluções específicas de projeto que os usuários gostariam que fossem incorporadas em propostas futuras. Neste método, se apresenta um formulário aos possíveis participantes contendo a seguinte frase "*Eu gostaria que esse ambiente fosse ou tivesse...*" e disponibiliza-se um amplo espaço em branco para que todos possam se expressar por meio de textos ou desenhos. Deste modo, o método potencializa uma ampla variedade de respostas, sem induzir a nenhum atributo ambiental específico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Compreensão inicial da sala de estudo e seus usuários

Compreender o público alvo e as suas necessidades é um fator fundamental para planejar um ambiente humanizado. A técnica AEIOU e a Análise Swot mostraram-se ferramentas facilitadoras desta compreensão, abordando tópicos para uma abordagem completa (Atividades, Espaço, Interações, Objetos e Usuários) e crítica (pontos Fortes, Fracos, Ameaças e Oportunidades). As percepções referentes a cada item são apresentadas na tabela abaixo.

Quadro 1

Quadro resumo dos resultados da técnica AEIOU

Atividades	As principais Atividades são a ordenha do leite pelas mães e lactantes, o auxílio deste processo pelas enfermeiras e alunas bolsistas, e a limpeza da sala pelas funcionárias.
Espaço	O espaço da Sala é pequeno para as diversas atividades nele realizadas, e a má-distribuição do mobiliário compromete a execução das mesmas e a circulação. A proximidade e a falta de uma barreira visual entre as cadeiras de ordenha comprometiam a privacidade das mães e doadoras. Além disso, o ambiente passa uma imagem pouco acolhedora, ocasionada pelas cores sóbrias, pela iluminação inadequada, pela falta de elementos de ambientação e pelo estado de conservação ruim dos objetos e acabamentos.
Interações	As Interações se referem às trocas sociais realizadas entre as pessoas ou a relação dessas com os objetos e o espaço. Notou-se que as lactantes que utilizavam essa sala tinham interações mais fortes entre si do que com as próprias funcionárias ou visitantes, uma vez que aquelas permanecem por mais tempo no ambiente. Elas também demonstraram ter grande autonomia e independência na utilização do ambiente e na realização de suas atividades.
Objetos	Nota-se que os Objetos da sala são antigos, deteriorados pelo tempo e uso. Os móveis e equipamentos eletrônicos não se adéquam ao espaço, muitas vezes não cumprindo a sua função e comprometendo a circulação. O mobiliário se mostrou ainda pouco ergonômico.
Usuários	Os Usuários da sala são principalmente: mulheres jovens e adultas que possuem filhos internados na UTI Neonatal; mães externas ao hospital com dificuldades de amamentar; doadoras de leite; enfermeiras e técnicas de enfermagem; estudantes e bolsistas da área da saúde; e outras funcionárias. Também é comum a presença de visitantes, como familiares das mães ou pais dos bebês internados, que oferecem suporte social as lactantes.

Os dados obtidos a partir da aplicação do AEIOU e da entrevista com a chefia da Unidade foram sintetizados por meio da Análise SWOT, como segue abaixo:

Quadro 2

Análise SWOT

Fatores internos	
Pontos fortes	Pontos fracos
• Além da coleta de leite, também realizam-se no local funções educacionais associadas ao aleitamento materno; • A sala é própria para o atendimento; • Dispõem de equipamentos como ar-condicionado SPLIT, geladeira e televisão;	• Espaço físico insuficiente para todas as atividades; • Ausência de sala de espera; • Ausência de distrações positivas; • Mobília depredada e pouco confortável; • Acabamentos não seguem a legislação; • Má distribuição da mobília compromete a circulação.
Fatores externos	
Ameaças	Oportunidades
• Insolação direta muito forte; • Falta segurança (objetos são furtados, na há controle do acesso); • Falta privacidade visual em relação ao exterior; • Possui ruídos constantes, como o barulho dos ar condicionados.	• A sala está localizada próxima à Neonatologia, ao Alojamento Conjunto e à Unidade Canguru; • A sala apresenta boa iluminação natural.

Brainstorming

Os conceitos citados individualmente por cada um dos participantes durante a primeira etapa do brainstorming encontram-se listados no gráfico abaixo, com o número de vezes que cada conceito foi escrito no mural.

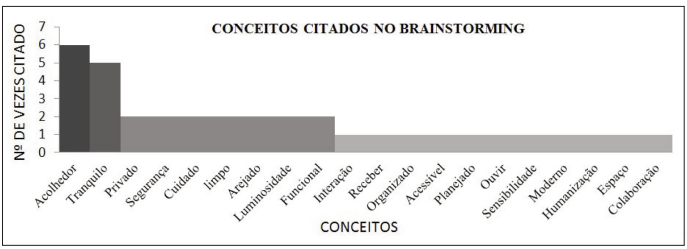


Gráfico 1. Conceitos citados no Brainstorming

Percebe-se que grande parte dos envolvidos sentiam necessidades similares quanto ao espaço, evidenciadas pela repetição ou semelhança de diversos atributos ambientais citados. Dentre os aspectos mais mencionados individualmente por cada participante da atividade estão os adjetivos acolhedor e tranqüilo. Outros conceitos mencionados com frequência foram: arejado, segurança, higienização, luminosidade e cuidado. Após discussão sobre cada um dos atributos ambientais, e a filtragem dos mais importantes através das dinâmicas em grupo, a totalidade do grupo chegou ao consenso de que uma futura Sala de Coleta de Leite deve ser: *Privativa, Funcional e Acolhedora*

A *privacidade,* por exemplo, é um fator fundamental para garantir a apropriação do usuário em relação ao ambiente. É importante garantir que o paciente consiga conversar com os médicos, enfermeiros ou pessoas próximas sem serem ouvidos por terceiros, e permitir aos usuários regularem as condições de privacidade, podendo ficar sozinhos, ter conversas particulares ou conviver com outras pessoas.

Como as instalações físicas da sala de coleta de leite é pequena, assegurar a *funcionalidade* do projeto arquitetônico e de interiores é fundamental. O planejamento do layout do ambiente deve ser cuidadoso e coerente com todas as atividades realizadas.

O *acolhimento*, por sua vez, mostra-se fundamental pela natureza do ambiente e perfil dos usuários. Ordenhar o leite e amamentar são atividades delicadas, de grande importância para os bebês e para o funcionamento do Banco de Leite.

Diretrizes Projetuais

A partir dos resultados obtidos a partir de todos os métodos, buscou-se redigir algumas diretrizes projetuais para o planejamento de Salas de Coleta de Leite. São elas:

Quadro 3

Diretrizes projetuais para Salas de Coleta de Leite

Layout	• Prever uma área de espera separada da área de ordenha, preservando a privacidade das lactantes que realizam esta atividade.
	• Planejar boxes privativos para cada lactante realizar a ordenha do leite por meio de divisórias fixas ou retráteis entre cadeiras de ordenha/amamentação, para que as mães regulem o grau de privacidade desejado.
	• Prever um sistema de sinalização que também contribua para o controle do acesso e a privacidade das lactantes. Por exemplo, pode-se dispor de uma sinalização junto ao acesso do local que oriente as pessoas a bater antes na porta e aguardar por atendimento;
Ambientação	• Propiciar um ambiente visualmente agradável, acolhedor, tranqüilo e relaxante através da proposta de interiores como um todo;
	• Garantir iluminação difusa, e se possível individualizada para cada box.
	• Planejar acabamentos de fácil limpeza e manuseio, e que sejam resistentes e tenham uma longa durabilidade; Evitar a utilização de materiais poros de revestimento.
Equipamentos	• Especificar cadeiras de ordenha/amamentação que sejam confortáveis, considerando que essa é a principal atividade realizada nesta sala. As cadeiras devem ter encosto, apoio para braços, serem estofadas e estarem de acordo com as dimensões antropométricas de seus usuários;
	• Prever um berço confortável e funcional, o qual costuma ser utilizado para que as profissionais de saúde dêem explicações às mães relativas ao cuidado do bebê. Este berço deve permitir regular a inclinação para favorecer a demonstração dos procedimentos para as mães;
	• Prever distrações positivas para as mães enquanto realizam o processo de ordenha e também para eventuais acompanhantes como televisão, revisteiro, música, etc. Como muitas mães já tem outros filhos, que podem estar as acompanhando nesta atividade, sugere-se prever alguma forma de distração positiva também para crianças, como jogos ou leituras;
	• É desejável prever algum móvel, como um criado-mudo ao lado da poltrona de aleitamento ou um guarda-volumes, onde a mãe possa apoiar ou guardar objetos pessoais que trouxe consigo;
	• Devem ser previstos ainda: local para armazenagem de recipientes usados na coleta de leite, local para despejo de lixo, local para armazenar separadamente roupas limpas e roupas sujas utilizadas pelas lactantes (aventais, máscaras, toucas, ...), refrigerador para armazenagem temporária do leite, entre outros;
	• Sugere-se prever trancas nos armários tendo em vista que na Unidade estudada as profissionais comentaram serem frequentes os roubos, inclusive de utensílios específicos de ambientes de saúde;
	• Segundo a RDC 50 (ANVISA, 2002) é necessário prever no local uma pia para higienização dos recipientes e outros insumos usados nas atividades e outra pia exclusiva para higienização das mãos das profissionais de saúde.

Hoje existe um reconhecimento universal que uma arquitetura de alta qualidade, influencia no bem-estar e pode contribuir com a melhora dos pacientes. Deste modo, incorporar elementos da humanização e as necessidades dos usuários devem ser vistos

como requisitos fundamentais no processo de desenvolvimento de todos os estabelecimentos de saúde.

Apesar da grande evolução que vem ocorrendo no planejamento dos ambientes de nascer, a humanização ainda é um tema recente e pouco explorado no Brasil, principalmente nos setores públicos da saúde. Sua importância tem sido cada vez mais percebida por projetistas, funcionários da área da saúde e pacientes. No entanto, ainda se constata em muitos locais, por exemplo, a ausência de distrações positivas e de uma ambientação acolhedora.

Para um ambiente ser bem humanizado, deve-se levar em conta a percepção do usuário no processo projetual. A abordagem da humanização hospitalar a partir dos workshops participativos permitiu compreender efetivamente o perfil de seus usuários, as atividades desenvolvidas, e suas expectativas para o planejamento do ambiente. Neste local, diferentemente de outros setores do hospital, não são realizadas atividades críticas de atendimento à saúde. Por este motivo, estudou-se nos workshops participativos os conceitos que deveriam seguir um bom projeto humanizado. Dentre os resultados, destaca-se em prever uma ambiência acolhedora, com privacidade as lactantes e funcionalidade para realização das atividades.

O trabalho mostrou-se uma experiência enriquecedora e que deve ser replicada para o projeto de demais ambientes hospitalares. Projetar ambientes que promovam a cura, é mais do que projetar ambientes que atendam estritamente a critérios funcionais ou estéticos. É preciso ter um entendimento de que modo os elementos do espaço afetam os usuários, afim de proporcionar ambientes responsivos e vivências mais positivas pelos usuários.

NOTA DA AUTORA

Essa pesquisa foi realizada pelas bolsistas Maria Luiza Bratti e Maria Candelária Ryberg através do Programa de Educação Tutorial de Arquitetura e Urbanismo (PET-ARQ UFSC) com a orientação das professoras Patrícia Biasi Cavalcanti e Vera Helena Moro Bins Ely.

REFERÊNCIAS

Bittencurt, F. (2008). *Arquitetura ambiente de nascer: Reflexões e recomendações projetuias de arquitetura e conforto ambiental*. Rio de Janeiro: Rio Book's.

Cavalcanti, P. B. (2011). *A humanização de unidades clínicas de hospital-dia: Vivência e apropriação pelos usuários*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Cole, J. (2006). Strategic planing for healthcare facilities. In C. Wagenaar (Ed.), *The architecture of hospital* (pp. 356-361). Amsterdan: Nai Publishers.

Malard, M. L. (1993). *Os objetos do quotidiano e a ambiência*. Anais do 2º Encontro Nacional de Conforto no Ambiente Construído. Florianópolis, SC, Brasil.

Martin, B., & Hanington, B. (2012). *Universal methods of design: 100 ways to research complex problems, develop innovative ideas, and design effective solutions* (pp. 10-11). United States: Rockport Publishers.

Nucci, A. L. C. (2012). *"DNA" Arquitetônico: Conceitos de design aplicados ao método para reabilitação dos espaços da arquitetura*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Organização Mundial da Sáude. (1985). Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos [Rede Feminista de Saúde]. (2002). *Dossiê humanização do parto* (Apostila). São Paulo, SP, Brasil.

Silveira, S. C. de (2006). *A assistência ao parto na maternidade: Representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde.* Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

Ulrich, R. S. (2006). Evidence based healthcare design. In C. Wagenaar (Ed.), *The architecture of hospitals* (pp. 282-289). Amsterdan: Nai Publishers.

Vasconcelos, R. T. B. (2004). *Humanização de ambientes hospitalares*: *Características arquitetônicas responsáveis pela integração interior/exterior.* Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Promoção da alimentação saudável na net-escola de saúde coletiva do ISC/UFBA

MARIA LIGIA RANGEL (*)
GABRIELA LAMEGO (*)
ANDREA LIZABETH GOMES (*)

A pesquisa apresentada neste texto teve como objetivo desenvolver uma tecnologia de informação e comunicação via web para a promoção da alimentação saudável, a partir das demandas e necessidades de informações e conhecimentos de trabalhadores da saúde em organismos não governamentais (ONG).

A adoção de uma alimentação saudável é um grande desafio na sociedade atual, considerando-se a excessiva oferta de propaganda e de alimentos que favorecem a crescente tendência à obesidade e às doenças crônicas, como a hipertensão arterial e o diabetes, que estão na raiz das principais causas de mortalidade no mundo todo (OMS, 2004; Pitanga & Lessa, 2005; WHO, 1998, 2003).

A situação alimentar, nutricional e de atividade física da população, no âmbito nacional ou mundial, caracteriza-se por hábitos não saudáveis, que consistem no consumo excessivo de alimentos com alto teor de gorduras, carboidratos simples, sal e baixa quantidade de fibras e de atividades físicas. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou a Estratégia Global (EG) para Alimentação, Atividade Física e Saúde em 2004, e o Ministério da Saúde (MS) do Brasil lançou o Guia Alimentar para a População Brasileira, em 2005 como uma ferramenta objetiva e concreta da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Posteriormente, com o propósito de articular estes documentos, em 2006, o MS do Brasil instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2003, 2005, 2006).

A internet hoje é o mais importante *locus* de informações sobre saúde em geral e sobre alimentação e nutrição em particular, conforme demonstrou estudo do Cyber-Dialogue/ Internet Health Day, que revelou que um terço dos usuários buscaram informações sobre dieta e nutrição (Soares, 2004).

Desde os anos 1990 o uso da internet como ferramenta de educação nutricional tem se mostrando promissor frente às intervenções convencionais, principalmente no que se refere aos hábitos alimentares, podendo se aproximar ao aconselhamento alimentar individualizado (Brug, Oenema, & Campbell, 2003; Holler, 2000; Painter, 2000). Um estudo entre holandeses, considerando os hábitos alimentares, mostrou que a Word Wide Web é uma via que pode ser utilizada para o fim de uma intervenção personalizada e mais efetiva (Oenema, Brug, & Lechner, 2000).

(*) Brasil.

Parcelas crescentes da população de todos os países têm acesso ao meio eletrônico, por ser um veículo ágil e de custo reduzido, seja em domicílio ou no trabalho, podendo ser utilizado para promover intervenções nutricionais de forma individualizada, interativa ou de forma coadjuvante, realçando-se a importância de que sejam estudadas formas para orientar melhor as escolhas alimentares da população e a aquisição de hábitos alimentares saudáveis contribuindo para a promoção da saúde (Galante & Colli, 2003; Gomes, Giuntini, Cozzolino, & Cyrillo, 2005).

Contudo, sabe-se que a educação alimentar e nutricional possui complexidades e até conflitos, que justificam esforços para a busca de consensos sobre conteúdos, métodos e técnicas do processo educativo, considerando os diferentes espaços geográficos, econômicos e culturais (Brasil, 2003). Informações sobre alimentos, se saudáveis ou perigosos, se misturam na internet, tornando difícil selecionar o confiável do não confiável, o bom do ruim. Assim, a ampliação e diversificação da internet, onde parcela considerável do conteúdo surge espontaneamente e com propósitos e finalidades bastante diversos, traz consigo aspectos fundamentais referentes à qualidade e confiabilidade da informação e do conhecimento (Castiel & Vasconcelos-Silva, 2006), pois qualquer usuário de computador pode inserir conteúdos. Segundo Okada (2003), diante da quantidade de informações disponíveis é impossível sua assimilação, e até indesejável, tornando-se o objetivo do aprendizado não o domínio de um assunto, detendo-se todas as informações, mas saber onde e como encontrá-las.

Frente a esses desafios realizou-se esta pesquisa para o desenvolvimento de uma tecnologia com o uso de softwares de cartografia cognitiva (Cmap Tools e Nestor Web Cartographer), para o mapeamento de informações em saúde, combinado à pesquisa sobre as noções e conceitos circulantes sobre alimentação saudável entre profissionais que atuam em temas de saúde, especialistas e não especialistas em nutrição, com o objetivo de construir mapas virtuais de navegação, facilitadores do acesso da população à informação selecionada sobre alimentação saudável.

A construção de mapas de conhecimento e navegação é uma alternativa para atuar no ciberespaço, considerando-se os desafios apontados por Lévy (1999), destacando-se algumas características da sociedade atual, tais como: (a) a maioria dos saberes adquiridos torna-se rapidamente obsoleta; (b) acelerada temporalidade social acompanha as desordens da economia; (c) o ritmo precipitado das evoluções científicas e técnicas. Assim, indivíduos e os grupos se deparam com um "saber-fluxo caótico", de curso pouco previsível e não mais com saberes estáveis. Impossível tentar conter e organizar esse saber-fluxo, mas talvez possível aprender a navegar. Para o autor, a despeito do caos informacional gerado, esta é uma situação favorável à democratização do saber, uma vez que possibilita uma relação intensa com o aprendizado, com a transmissão e a produção de conhecimentos não mais reservados a uma elite.

Um dos papéis do poder público seria o de permitir para todos o acesso aberto e gratuito ao conhecimento, sem negligenciar a indispensável mediação humana, a regular e animar uma nova economia do conhecimento, na qual todos sejam considerados como recursos potenciais de aprendizado a serviço de percursos de formação contínuos e personalizados (Lévy, 2003).

Iniciativas de aproximar o conhecimento científico ao cidadão comum devem facilitar o acesso à informação. Neste estudo, trata-se de mapeá-la, traçar rotas, selecionar e articular o que é relevante, para oferecer o que se assume como informações válidas, isto é, aquelas do interesse do público, selecionadas e articuladas conceitualmente em diálogos profícuos com estudiosos do assunto e setores sociais interessados, permitindo a aproximação entre os saberes científicos/acadêmicos e outros saberes circulantes do público.

Nesse sentido, no âmbito do projeto de desenvolvimento tecnológico para a gestão do conhecimento em saúde 'Net-Escola de Saúde Coletiva', do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, desenhou-se o espaço "Navegar é Preciso: Saúde Coletiva na Rede", com o objetivo de disponibilizar mapas navegação para acesso à informação em saúde disponível na *web,* a partir da identificação das necessidades dos diversos atores sociais, para construir um conhecimento, de forma interativa, democrática e descentralizada. O propósito é o de facilitar a navegação e construção de caminhos multireferenciais e multidirecionais de informação, ensejando viabilizar a valorização e o fortalecimento da participação social e da democratização dos saberes e conhecimentos em saúde.

A abordagem teórico-metodológica buscou recursos de busca, seleção, análise crítica e elaboração dos mapas de navegação. A cartografia cognitiva, potencializada pelo uso de softwares, apresentou-se como dispositivo privilegiado, por ser um recurso metodológico de mapeamento que se aproxima das características funcionais e estruturais da representação, significação e construção de conhecimento, favorecendo o processo de aprendizagem (Okada, 2002).

Os mapas conceituais, idealizados por Novak em 1970, fundamentados no construtivismo, na Psicologia Cognitiva de Ausubel, preconizando o estabelecimento de relações, interpretações e conexões entre diferentes conceitos de maneira esquemática (representações gráficas semelhantes a diagramas). O ponto de partida são conceitos mais gerais, indo até os específicos, de forma ordenada e hierarquizada. Desse modo, favorecem o entendimento do caminho percorrido na construção do conhecimento. Os mapas virtuais, ajudam a visualizar e compreender os novos cenários digitais, nas linhas das redes de comunicação global e das variadas fontes de informação on-line (Dodge & Kitchen, 2001, cit. in Okada, 2002).

Os mapas conceituais foram construídos utilizando-se o software Cmap Tools, disponível em http://www.uwf.com, e os mapas virtuais mediante o software Nestor Web Cartographer, disponível em http://www.gate.cnrs.fr/~zeiliger/nestor/nestor.htm, ambos de acesso gratuito. Os primeiros serviram de "rotas de navegação" para a pesquisa na internet e construção dos segundos, que conduzem aos sítios de interesse.

O Nestor é uma ferramenta útil ao registro da navegação e seleção de sítios que permite a organização de endereços de sítios percorridos e seleção dos significativos (apagar, mover, relacionar, agrupar) e a organização de verdadeiras bibliotecas iconográficas (Okada, 2003, 2003a).

Neste estudo a construção do mapa de alimentação saudável foi realizado considerando os conteúdos referentes a noções e conceitos, demandas e necessidades de informações e conhecimentos levantados junto a trabalhadores de (ONG) que atuam em saúde no Brasil,

identificadas através do sítio da ABONG – Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais no sítio http://www.abong.org.br/.

Participaram do estudo 33 organizações que se dispuseram a conceder entrevistas via telefone ou meio eletrônico, resguardadas as questões éticas da pesquisa em saúde no Brasil. Os conteúdos resultantes foram sistematizados e analisados, servindo de subsídio para a realização de três oficinas de elaboração de mapas conceituais junto a 11 especialistas da Escola de Nutrição – ENUFBA (docentes e alunos de pós-graduação), como forma de diálogo dos saberes das ONG e os dos profissionais, mediado pelas pesquisadoras. Uma proposta inicial do mapa conceitual sobre alimentação saudável foi elaborada a partir dos resultados das entrevistas com as ONG, a qual foi discutida nas oficinas e articulada com seus conceitos acerca do tema, retornando posteriormente para validação das ONG participantes do estudo.

Uma vez validado o mapa conceitual, seguiu-se a construção do mapa de navegação mediante busca da informação na internet, segundo protocolo estabelecido, contendo instruções de navegação, palavras chave e critérios de seleção.

Mapa Conceitual e de Navegação

O mapa conceitual sobre alimentação saudável se expressa graficamente na Figura 1, articulando as noções dos participantes das ONG e dos especialistas sobre o tema. Essa figura representa também o mapa final, conceitual e de navegação, disponível, como produto tecnológico no sítio da Net-escola de Saúde Coletiva.

Figura 1. Mapa conceitual e de Navegação – Alimentação Saudável

Nota. Disponível no endereço: http://www.net-escola.ufba.br/mapas_de_navegacao/alimentacao_saudavel

Os sítios selecionados foram classificados segundo os conceitos-chave que deram origem a quatro mapas interconectados com as seguintes temáticas: *'Alimentação e Sociedade'*, que articula história da alimentação; história da culinária e gastronomia; política nacional de alimentação e nutrição; e cultura alimentar, subdividido em práticas alimentares; valores, religiões, mitos e tabus; e informação, comunicação e educação; *'Promoção da Saúde*', conecta alimentos funcionais; atividade física e saúde; alimentação e saúde; *'Segurança Alimentar e Nutricional',* vincula consumo de alimentos; soberania alimentar; direito humano à alimentação; alimentos seguros; e disponibilidade e abastecimento de alimentos; e *'Da Infância ao Envelhecimento'*, que contempla as distintas fases da vida: infância; adolescência; adultos; e idoso.

Os mapas publicados no sítio da Net-Escola direcionam o usuário para sítios contendo informações e conhecimentos que podem responder às demandas e necessidades do grupo social focalizado pela pesquisa e seus usuários.

A Figura 2 exemplifica a iconografia da busca realizada mediante o software Nestor Web Cartographer para a construção do mapa de navegação, orientado pelos mapas conceituais sobre Alimentação Saudável.

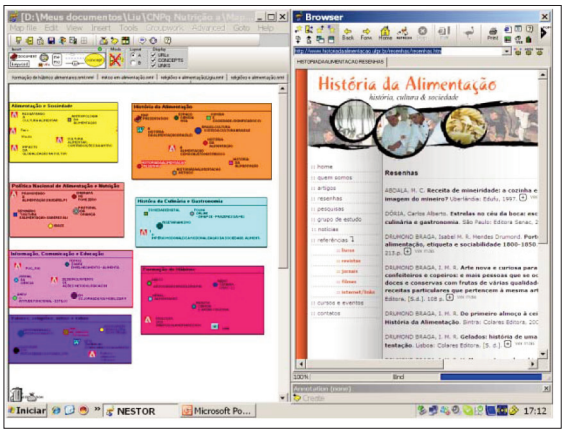


Figura 2. Iconografia da busca com o Nestor Web Cartographer

DISCUSSÃO

Os mapas produzidos foram originados de um processo de construção de conhecimento de caráter dialógico, entre profissionais que realizam ações de saúde em ONG no Brasil e especialistas em saúde e nutrição, mediado pelos pesquisadores, portanto um conceito construído de modo compartilhado, para a produção de uma tecnologia de gestão da

informação orientada como construção de sentido. A inclusão do público na criação do produto, além de enriquecê-lo, aproxima-o da realidade dos usuários que podem nele reconhecer-se, e agregar aos seus, novos conhecimentos.

A seleção de sítios vinculados a conceitos buscou obedecer aos critérios de credibilidade e de confiabilidade da informação, a partir da seleção criteriosa das fontes, como já se vem observando em diversos organismos internacionais. Mostra-se o potencial para se estabelecerem fluxos de comunicação e navegação em ambientes multireferenciais e multidirecionais de informação, aberto à participação e ao diálogo, que sugere ao internautas outras possibilidades de acesso a informações, como parte agregada à rede semântica em que inscreve sua noção de alimentação saudável.

A construção de um mapa conceitual pode ainda contribuir para abordar o tema da alimentação saudável em sua complexidade, afastando-se da visão puramente biomédica, uma vez que não aborda normativas, prescrições e tampouco se voltar para doenças. Isso significou um exercício de repensar os discursos dos especialistas, para operacionalizar o conceito ampliado de alimentação saudável e promoção da saúde, no nível da informação. Ademais, os mapas de navegação elaborados são recursos adicionais aos processos de aprendizagem colaborativa, via web, uma vez que são expressões conceituais que representam demandas e necessidades de informações do público pesquisado.

Esses mapas poderão ser utilizados como suporte didático a atividades de ensino sobre nutrição e saúde, junto a professores de escolas de ensino fundamental e médio, e outros públicos, inclusive os trabalhadores da Saúde. Neste sentido, poderão contribuir para a redução de assimetrias entre profissionais e usuários no acesso à informação rápida e com certo grau de segurança sobre nutrição, alimentação e saúde, na internet, aproximando os saberes científicos daqueles que circulam nas redes sociais de comunicação do público leigo.

REFERÊNCIAS

Brasil. (2003). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Série B. Textos Básicos de Saúde (2ª ed. revista). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. (2005). *Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.* Série A. Normas e Manuais Técnicos (edição especial). Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em http://www.sonutricao.com.br/downloads/Guia_Alimentar_Populacao_Brasileira.pdf

Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Série B. Textos Básicos em

Saúde (1ª ed). Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf

Brug, J., Oenema, A., & Campbell, M. (2003). Past, present, and future of computer-tailored nutrition education. *American Journal of Clinical Nutrition. 77*, 1028-1034.

Castiel, L. R., & Vasconcelos-Silva, P. R. (2006). *Precariedades do Excesso – Informação e Comunicação em Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Galante, A. P., & Colli, C. (2003). A utilização da World Wide Web como ferramenta para a educação nutricional: uma revisão. *Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas*, *39*, 221-225. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v39n3/02.pdf

Gomes, A. L. C., Giuntini, E. B., Cozzolino, S. M. F., & Cyrillo, D. C. (2005). Orientaçãoalimentar@PRINUTHA: Uma ferramenta para a promoção de práticas alimentares saudáveis. *Revista Nutrição, 4*(4), 188-192. Brasil, Rio de Janeiro: Atlantica.

Holler, H. (2000). A review of the American Medical Association's guidelines for medial and health information sites on the internet. *Journal of the American Dietetic Association* , 1003. Disponível em http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/5e52a0b185d556ddc87f0bfcfb188247.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1452084916&Signature=%2F3YKneldtIKrH3g6GyxlWjz7YCM%3D

Lévy, P. (1999).*Cibercultura*. São Paulo: Editora 34.

Lévy, P. (2003) *O que é virtual?* São Paulo: Editora 34.

Oenema, A., Brug, J., & Lechner, L. (2001). Web-based tailored nutrition education: Results of a randomized controlled trial. *Health Education Research*, *16*, 647-660.

Okada, A. (2002). *WebMaps, Um guia para construção do conhecimento em ambientes virtuais de aprendizagem*. Retirado de www.nuted.ufrgs.br/oficinas/criacao/webmaps.pdf

Okada, A. (2003). Cartografia Cognitiva: mapeando conhecimento e organizando rede de informação na Internet. Comunicação apresentada no *II Knowledge management meeting*, KM BRASIL, São Paulo, Brasil.

Okada, A. (2003a). Biblioteca virtual iconográfica com Software Nestor Web Cartographer. Comunicação apresentada no *V Encontro Nacional de Pesquisa em Ciencia da Informação*, ENANCIB. Belo Horizonte, Brasil. Disponível em http://people.kmi.open.ac.uk/ale/papers/a05enancib2003.pdf

OMS – Organización Mundial de la Salud. (2004). *Cinquenta-siete asamblea mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividade física y salud.* Ginebra: WHO.

Painter, J. (2000). Virtual estimation: Internet program helps users determine nutrient intake and needs. *J Am Diet Assoc*: 1002.

Pitanga, F. J., & Lessa, I. (2005). Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(3), 870-877.

Soares, M. C. (2004). *Textos de la Ciber Sociedad* (encipecom.metodista.br). http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/3/30/INTERNET_E_SAUDE_-_Murilo.pdf

WHO – World Health Organization. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation.* Geneva: WHO.

WHO – World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and prevention of chronic diseases: Report of a joint WHO/FAO expert consultation.* Geneva: WHO.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Alimentação na visão das pessoas com diabetes *mellitus*: Contributo das representações sociais

MARIA MARTA AMANCIO AMORIM (*)
NATÁLIA RAMOS (**)
MARIA FLÁVIA GAZZINELLI (***)

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM 2) é uma das doenças crônicas mais comuns na contemporaneidade, com grande impacto na saúde pública no âmbito mundial e altos custos de tratamento. Esses impactos podem ser diminuídos se a pessoa com DM2 implementar o auto-cuidado referente ao plano alimentar, atividade física, medicamentos anti-diabéticos e/ou insulina (ADA, 2010). O plano alimentar é um dos principais problemas para as pessoas portadoras dessa doença, quanto à adaptação às recomendações dietéticas, dificuldade de nunca mais poder comer e beber normalmente como todos os outros e ao controle permanente de desejos, sensações e ansiedades (Anderson et al., 1998).

A modificação comportamental referente às práticas dietéticas é uma exigência imposta pela doença. O comportamento modifica-se pela formação de novos hábitos alimentares que se iniciam com as mudanças e os rompimentos dos limites de sentido considerados comuns, como as práticas realizadas antes de ser doente e com as rupturas profundas na biografia e auto-conceito dos envolvidos (Bury, 1982).

A convivência com as limitações impostas pela condição de ser uma pessoa com DM 2 é plena de conflitos, rupturas, questionamentos e inconformismo. O conhecimento da experiência e da subjetividade dessas pessoas, dos significados por elas atribuídos à alimentação favorecem a identificação e compreensão dos aspectos limitantes e da forma como elas articulam a diversidade de aspectos que se interagem na produção do auto-cuidado e conseqüentemente no controle glicêmico.

Uma das formas de se aprofundar o conhecimento da visão subjetiva da pessoa com DM 2 é buscar as suas representações sociais. As representações sociais que se pretende estudar são partilhadas pelos sujeitos com DM 2 e são relativas a um objeto do seu entorno, ou seja, as práticas alimentares. As representações sociais fazem parte da vida diária dos sujeitos e da sociedade, carregam em si a força dos pensamentos, que inseridos no contexto social e cultural do sujeito, experienciam os sabores e os dissabores de um cotidiano marcado pela convivência com uma doença crônica.

A partir do levantamento das representações sociais sobre a alimentação, objetivo do presente estudo, pretende-se uma aproximação do comportamento alimentar, com o intuito

(*) Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, Brasil / CEMRI, Lisboa, Portugal.
(**) Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa, Portugal / CEMRI, Lisboa, Portugal.
(***) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

de compreender como as informações referentes aos alimentos associadas ao conviver com o DM 2 são incorporadas pelos participantes no seu cotidiano.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/Brasil. Os usuários com diagnóstico de DM 2, levantados dos registros da UBS fizeram parte da amostra e foram excluídos aqueles com complicações crônicas da doença. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa totalizaram 34 usuários, sendo 23 do sexo feminino, com idade variando de 53 a 80 anos e 11 do sexo masculino, de 40 a 76 anos. Estes participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, pelos pareceres 061.0.410.203/09 e 0061.0410.203-09A, respectivamente.

A coleta das representações sociais foi realizada por meio da associação livre de palavras, técnica que propicia colocar em evidência o universo semântico do objeto estudado, assim como a dimensão imagética, de forma mais rápida e dinâmica que outros métodos com igual objetivo (Abric, 2001). Solicitou-se aos sujeitos que indicassem quatro palavras ou expressões, após serem estimulados pela questão indutora: *Quando se fala em alimentação do diabético, o que vem à sua mente?* Logo após foi solicitado que apontassem a evocação considerada mais importante com a respectiva justificativa.

As entrevistas foram gravadas no programa de computador *Free Audio Editor* 2009® e os discursos transcritos, constituindo o *corpus* da pesquisa. A leitura flutuante do *corpus* permitiu a codificação dos dados brutos, transformados de forma organizada e agregados em unidades, com a descrição das características pertinentes do conteúdo. O próximo passo foi a escolha das categorias, conhecidas como a forma geral de conceito ou de pensamento ou o reflexo da realidade. Em seguida os dados distribuídos em categorias foram analisados utilizando-se a técnica de análise do conteúdo proposta por Bardin (2010). Esse conjunto de técnicas de análise da comunicação visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relevantes às condições de produção e recepção dessas mensagens. Finalmente os dados foram interpretados adotando-se como referencial a teoria das representações sociais proposta por Moscovici (2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As categorias das representações sociais da alimentação levantadas foram: *comer saudável* (3 participantes), *comer verduras e frutas* (7 participantes), *comer pouco* (4 participantes), *desviar dos doces* (5 participantes), *não comer de tudo* (7 participantes), *não*

comer muito (6 participantes) e *não seguir a dieta* (2 participantes). Para ilustrar cada categoria será dado exemplo de um discurso do participante.

Comer saudável

A saúde tem significativa importância na vida desse grupo de participantes que, preocupados em manter o controle glicêmico, orientam-se pelas ideias disseminadas na sociedade, em diferentes meios de comunicação, de comer "coisas sadias", "alimentos que não fazem mal à saúde" e "comida *light*" para representar a alimentação das pessoas com DM2. Assim, esse participante relaciona a alimentação saudável ao controle glicêmico:

> "Procurar comer coisas sadias. É uma alimentação sadia, porque devo aceitar o metabolismo do meu organismo para ele ficar mais no nível normal. Depois que a gente adoece voltar atrás é muito difícil, principalmente o diabético".

O participante possui a crença de que a glicose pode ficar normal se ele aceitar o organismo acometido pelo DM2. Como essa enfermidade não tem cura, seu organismo não retorna ao estado anterior de normalidade; mas ele consegue encontrar o equilíbrio dinâmico entre a saúde e a doença, ao conviver de forma harmoniosa com as normas da alimentação sadia.

Depreende-se que a saúde tem significativa importância na vida desse participante com DM2 que se ancora nas representações sociais da alimentação com a finalidade de ter uma alimentação mais saudável. Compreender a alimentação que a ciência considera como saudável é complexo, pois inclui duas dimensões complementares e não excludentes. A qualitativa, comer alimentos adequados que contenham todos nutrientes recomendados e a quantitativa, comer alimentos na quantidade recomendada segundo as necessidades nutricionais e adequação do organismo. Assim, a alimentação para ser saudável deve conter a quantidade adequada de todos os nutrientes presentes nos alimentos que as pessoas comem de acordo com as necessidades nutricionais do seu organismo (Escudero, 1935).

Comer reduzido

Para esse participante, o controle centra-se na quantidade de comida, expressa-se no comer reduzido, ideia escolhida para representar a alimentação da pessoa com DM2:

> "Normal. Desde quando fiquei sabendo que era diabético, em 1996, tenho uma vida normal. Diminuí a quantidade que comia, dois pratos, passei a comer um prato. O médico disse para eu diminuir, mas nunca passou dieta. O médico do convênio da empresa me disse que, como viajo o tempo todo, é bom eu chupar uma bala, senão pode dar hipoglicemia".

Como a alimentação cotidiana desse participante inclui os mesmos alimentos consumidos anteriormente, antes do advento da enfermidade, ele a representa como normal. A redução dos alimentos efetuada pelo participante não é considerada dieta, entendida por ele como uma lista de alimentos permitidos e proibidos com as respectivas quantidades.

O comer normal e a dieta, diferentemente do senso comum, referem-se à alimentação em quantidade suficiente, completa nos nutrientes, além de harmônica e adequada por cobrir as necessidades nutricionais e manter a normalidade do organismo (Escudero, 1935).

Comer verduras e frutas

Comer verduras e frutas, recomendação divulgada na mídia como um dos comportamentos referentes à alimentação saudável a ser adotado pela população, é a representação social da alimentação desse participante:

> "Faço comida separada para mim, arroz e carne. Como muita verdura e fruta. A única coisa que consumo é mamão, laranja e banana. Eu adoro banana. Maçã eu não gosto, pois dá fome. De vez em quando, eu compro melancia e abacaxi. De vez em quando, para variar. Não é sempre".

O participante inscreve as verduras e as frutas em seu cotidiano e a interpreta colocando numa escala de preferência em função das sensações que proporcionam ao corpo e na importância para a saúde.

As evidências científicas de que as verduras, legumes e frutas diminuem o risco das doenças crônicas circulam entre os profissionais da saúde. Para o leigo, o consumo desses alimentos terá valor se o risco do não consumo for construído social e culturalmente (Gomes, 2007). Para a adoção de um hábito de saúde, quatro elementos devem estar presentes: o fato de a ameaça do risco à saúde ser grande, a probabilidade da ameaça ao risco se materializar ser elevada, a medida protetora recomendada ser eficaz em evitar e minimizar a ameaça e a pessoa acreditar em sua autoeficácia (Taylor, 1990).

Desviar dos doces

Uma crença cristalizada que circula no senso comum é que as pessoas com DM2 não podem comer doces. Um participante representa sua alimentação de maneira a *desviar dos doces* como forma de se proteger das consequências do consumo desse alimento dito proibido, conforme relatos:

> "Doce, parei de fazer e de comer. Doce, eu sinto prazer em comer doce". "Suco, eu parei de tomar, porque eu gosto doce. Eu não gosto de adoçante. Diminuí a quantidade que tomava de café, coloco um pouco de leite desnatado".

Esse participante gosta e sente prazer ao comer alimentos adocicados, que causam sensações de recompensa e bem-estar. Porém, ele descreve que não come e nem prepara esses alimentos. Transparece ter se tornado mais resistentes ao desejo. Por não gostar de adoçante, um participante buscou uma alternativa para adoçar o café com o açúcar do leite.

As proibições de que as pessoas com DM2 não devem comer determinados alimentos advêm do modelo biomédico, em que o tratamento das doenças é baseado nas prescrições que ordenam, prometem e também ameaçam com a finalidade de mudar o estado físico do corpo (Ogden, 2004). Nesse modelo os profissionais de saúde, guiados pelas suas crenças de autoridade, ao tentarem uma adesão mais significativa ao tratamento do DM2, fornecem orientações simplistas que originam as crenças da proibição de comer determinados alimentos (Pontieri & Bachion, 2010).

Não comer de tudo

A linguagem a que a ciência recorre para falar sobre as noções nutricionais de variedade e equilíbrio dos nutrientes é traduzida, no discurso leigo, em "comer de tudo". Esse participante representa sua alimentação na negativa dessa expressão e a tônica do discurso recai sobre o que *não pode comer* e o impacto desses alimentos sobre o organismo acometido pela doença:

> "Consciência para comer. Temos que ter consciência do que vai comer, não é qualquer coisa que pode entrar, se ele for comer uma comida que não serve, ele pode passar mal".

Esse participante classifica as comidas nas que não servem para comer como as "impregnadas" de bactérias ou as que causam mal ao organismo acometido pelo DM2. Provavelmente o *não comer de tudo* ficou gravado na mente desses participantes quando aceitaram seguir a dieta proibitiva prescrita.

Segundo Laplantine (1991), a ênfase no que não se pode comer indica que o conhecimento está ligado às noções subtrativas. Essa alimentação restritiva e impositiva carregada de "não pode" foi evidenciada nos discursos dos entrevistados por Pontiere e Bachion (2010).

Não comer muito

Na contemporaneidade, "comer muito" é considerado um comportamento prejudicial à saúde, pois a quantidade excessiva de comida é um fator de risco para a obesidade, o DM2, a hipertensão e as doenças cardiovasculares. Não comer muito e não comer pouco são orientações para que as pessoas com DM2 não tenham hipoglicemia:

> "Como doce e chupo bala esporadicamente. Bala, uma bala, é o seguinte: quando eu estou fora de casa, muito tempo sem comer nada, dá aquela chiação, aí eu chupo uma bala e bebo água".

Ele explica que quando fica muito tempo sem comer "dá aquela chiação", sinal de que há falta de glicose no sangue. O "remédio" é chupar uma bala para combater o mal-estar sentido, crença que circula no senso comum.

Assim, o açúcar, tradicionalmente banido da dieta dessas pessoas, torna-se um aliado ao ser introduzido no corpo para combater um estado maléfico. A informação *comer em intervalos regulares evita a hipoglicemia* ainda não circula comumente entre as pessoas.

Não seguir a dieta

Em consonância com o pensamento de que as pessoas com DM2 têm dificuldades em implementar o plano alimentar, o não seguir a dieta é a forma como alguns participantes representam sua alimentação. O depoimento desse participante acerca da alimentação justifica a dificuldade de seguir o plano alimentar:

> "Não consegui fazer dieta. Não faço como deveria fazer, por causa do meu trabalho de representante comercial. Trabalho de manhã e à tarde estou em casa. Eu gostaria de ter força de vontade para fazer dieta".

Simplesmente conhecer as ações a serem realizadas não foi suficiente para esse participante implementar a "dieta", pois manifestou sentimentos de incapacidade. Ele relata que o DM2 é descontrolado por não seguir as orientações médicas.

As pessoas adoecem e se deparam com algo invasivo e diferente que pode atingir o 'eu", a autoestima, a qualidade de vida e as relações pessoais, seja em casa ou no trabalho (Ogden, 2004).

As representações foram evocadas pela necessidade dos participantes de dar sentido à alimentação, um conceito complexo, tornando-o algo mais familiar. O estranho torna-se conhecido ao distinguir os alimentos que se podem ou não comer, processo conhecido como ancoragem. Mediante a objetivação, o participante escolhe as preparações que irão compor as refeições diárias, tendo como referência os rol dos alimentos que se pode ou não comer. Assim na contemporaneidade, a pessoa com DM 2 ao fazer escolhas alimentares fica diante de um grande impasse sobre os tipos, a quantidade e a qualidade dos alimentos a serem consumidos, devido aos diferentes discursos e formas de recepção dos fatores de risco abordando normas dietéticas divulgados pelos profissionais de saúde e pela mídia.

A capacidade e habilidade dos profissionais de saúde de ouvir as pessoas com DM2 sobre o conhecimento que elas têm sobre alimentação e ajudá-las a reelaborar o plano alimentar, que contenha os alimentos que se pode ou não comer, nas quantidades e nos horários adequados, se faz necessário na atenção primária à saúde. O olhar dos

profissionais da saúde deverá ser modificado sobre a abordagem do cuidado nutricional, sendo importante valorizar uma abordagem dinâmica, interacionista e integrativa do DM2.

REFERÊNCIAS

Abric, J. A. (2001). Metodologia de recolección de las representaciones sociales. In J. A. Abric (Org.), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 53-74). México: Ediciones Coyoacán.

ADA-American Diabetes Association. (2010). Standarts of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, *33*(1), 11-61.

Anderson, R. M., Goddard, C. E., Garcia, R., Guzman, J. R., & Vasquez, F. (1998). Using focus groups to identify diabetes care and education issues for Latinos with diabetes. *Diabetes Educator*, *24*(50), 616-625.

Bardin, L. (2010). *Análise do conteúdo*. Lisbon: Edições 70.

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology Health Ilness*, *4*(2), 167-182.

Escudero, P. (1935). *Las Leyes Fundamentales de la Alimentación*, 50. Instituto Nacional de Nutrição: Buenos Aires.

Gomes, F. S. (2007). Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas versus constructos sociais. *Revista Nutrição*, *20*(6), 669-680.

Moscovici S. (2004). *Representações sociais* – Investigações em psicologia social (2ª ed.). Petrópolis: Ed. Vozes.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pontieri, F. M., & Bachion, M. M. (2010). Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência e Saúde Coletiva, 15*(1), 151-160.

Taylor, S. E. (1990). Health psychology. The science and the field. *American Psychology*, *45*(1), 149-157.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Narrativas de grávidas: Representações sobre o terceiro trimestre de gravidez

MARTA PEDREIRA (*)
ISABEL LEAL (**)

O processo gravídico cinge as vivências da mulher até esse momento, implicando uma reorganização de todas as suas representações (Ammaniti, 1991). Estas são estruturadas por conteúdos conscientes e inconscientes, que definem a forma como se perceciona e como perceciona todos os intervenientes da sua rede social (George & Solomon, 1996). Consequentemente ocorrem mudanças nas relações pela presença de um novo elemento, redefinindo o papel que cada elemento desempenha na dinâmica familiar e social da grávida (Canavarro, 2006). A mulher vivencia desse modo um processo contínuo de ajustamento e adaptação à nova realidade, procurando atingir o equilíbrio desejado, entre as diferentes áreas da sua vida (Larney, Cousens, & Nunn, 1997).

No terceiro trimestre de gestação a representação de si enquanto mãe e representação que tem sobre o seu filho já se encontram bem definidas e distintas (Ammaniti et al., 1992). De acordo com a literatura existente (e.g., Ilical & Fisek, 2004; Viziello, Antonioli, Cocci, & Invernizzi, 1993), a representação enquanto mãe é caracterizado por conteúdo factual e definida principalmente pela necessidade que a grávida tem em diferenciar-se da sua mãe, vivenciando um processo de separação-individuação, a fim de concretizar a imagem que idealizou para si enquanto mãe. Relativamente às representações sobre bebé, a literatura afirma que estas são baseadas em conteúdo imerso no imaginário da grávida (Ammaniti et al., 1992). A partir do oitavo mês, tendem a diminuir a nível de frequência e de riqueza de conteúdo (Ammaniti, 1991; Viziello et al., 1993). Existe um movimento defensivo com o objetivo de proteger tanto a mãe como o bebé face às divergências que possam surgir no momento do nascimento, quando comparar o bebé imaginário com o bebé real (Ammaniti, 1991). Permitindo, deste modo, aceitar as características reais do bebé e assim estabelecer uma relação o mais satisfatória possível para ambas as partes, pois o primeiro contacto irá determinar o modo como a relação irá evoluir ao longo do crescimento do bebé (Viziello et al., 1993).

Como é visível, através das referências mencionadas anteriormente, o conhecimento existente sobre a temática das representações da gravidez foi desenvolvido principalmente durante o século XX e através da observação da prática clínica e não tanto por investigações sistemáticas. Todavia, no último século a compreensão sobre papel da mulher

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
(**) William James Center for Research, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

na sociedade modificou-se drasticamente (Canavarro, 2006; Leal, 2005; Raphael-Leff, 2005). A mulher passou a ter maior controlo sobre o seu corpo, tornando a gravidez uma opção na sua vida. Uma opção que se revelou cada vez menos frequente e numa fase mais tardia da vida. As técnicas presentes durante o acompanhamento perinatal também sofreram alterações, entre as quais as técnicas de imagiologia. Com o avanço tecnológico tornou-se possível visualizar, com elevado grau de pormenorização, as características físicas do bebé, influenciando deste modo as representações da grávida (de Jang-Pleij et al., 2013). Considerando estas alterações, que definem a sociedade do século XXI, tornaram-se razões pertinentes para realizar uma investigação sistemática de forma a compreender as representações no terceiro trimestre à luz da atualidade, segundo a perspetiva das grávidas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório descritivo de modo a analisar um conjunto de dados subjetivos, que permitirão uma melhor compreensão da temática em estudo.

Participantes

Através de um processo de amostragem não probabilístico de conveniência participaram 30 grávidas de nacionalidade portuguesa no terceiro trimestre de gravidez, cuja média de idades era de 32 anos (*DP*=4,0 anos). Os níveis de escolaridade mais frequentes eram o ensino secundário (37%) e licenciatura (37%). A maioria encontrava-se casada ou a viver maritalmente (90%). Todas as gestações foram desejadas (100%), a maioria foi planeada (83%), sem complicações (77%) e designadas por gestações normais (93%). Até ao momento tinham realizado, em média, 5 ecografias (*DP*=2,9 ecografias). Durante o acompanhamento perinatal a presença do pai do bebé nas consultas foi expressiva (73%).

Material

Questionário sociodemográfico foi elaborado especificamente para a investigação com o objetivo de caracterizar a amostra, focando-se nas características pessoais da grávida como também nas informações relativas ao processo gravídico.

Interview of Maternal Representations during Pregnancy – Revised Version (IRMAG-R; Ammaniti & Tambelli, 2010) consiste numa entrevista semi-diretiva que tem como objetivo aceder às representações sobre a gravidez no terceiro trimestre de gestação. As 41 questões estão organizadas em sete partes, cada uma com objetivos distintos, que serão apresentados em seguida: (1) como organiza e expressa a vivência da gravidez; (2) desejo de maternidade (3) reações à notícia da gravidez; (4) emoções e mudanças que ocorreram

na vida da grávida; (5) perceções, emoções, fantasias e o espaço mental destinado ao bebé; (6) expetativas relativas ao futuro e às possíveis mudanças; (7) história de vida da grávida.

Procedimentos

Concedida a autorização, através da assinatura do *consentimento informado*, procedia-se, em seguida, ao preenchido do *questionário sociodemográfico*. Antes de iniciar a entrevista (*Interview of Maternal Representations during Pregnancy – Revised Version;* IRMAG-R; Ammaniti & Tambelli, 2010) solicitava-se a autorização para gravar em áudio. Sendo uma entrevista semi-directiva foi possível adaptar o guião pré-estabelecido a fim de se obter respostas abertas e exaustivas. A duração variava entre 30 a 60 minutos. Importa salientar, que a utilização deste instrumento só foi possível após a autorização dos autores. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e revistas de forma a garantir a exatidão da informação. O critério de anonimato e de confidencialidade foi garantido através da atribuição de códigos (p. ex., E1). Estes procedimentos permitiram posteriormente realizar a análise de conteúdo.

Tratamento de dados

Através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1994), operacionalizou-se o conteúdo das entrevistas em seis categorias pré-estabelecidas: (1) Riqueza de Perceção; (2) Abertura à Mudança; (3) Envolvimento Afetivo; (4) Diferenciação; (5) Referenciação Social; (6) Emergência de Fantasias. Estas foram definidas pelos autores da entrevista, estando apresentadas no artigo intitulado *Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy* (Ammaniti, Tambelli, & Odorisio, 2012). A análise foi realizada por dois juízes, separadamente e cada juiz analisou em dois momentos distintos. Em caso de discordância recorria-se a um terceiro juiz. Estes procedimentos permitirão garantir a validade e fiabilidade da análise. Os resultados principais da categorização do conteúdo serão apresentados em seguida com ilustrações das narrativas das grávidas.

RESULTADOS

Riqueza de Perceção

Observa-se maior riqueza de conteúdo fatual na elaboração das representações enquanto mãe (*"É uma criança que está dependente de nós para tudo,… de nos comportarmos bem (…) fazer tudo para os proteger, ajudar no seu crescimento…"*; E1) do que nas representações sobre o bebé.

Abertura à Mudança

As mudanças nas representações do bebé são identificadas através de conteúdos associados à preparação do enxoval (*"…já tenho imensas coisas em termos de roupa,… cuidados de higiene (…) o espacinho dela organizado…"*, E9), aos movimentos fetais *("… dava sempre sinal nessas fases, mais agitadas e depois na parte mais relaxada, em casa"*, E15) e às ecografias (*"… então já sei, vê-se mesmo a cara, as feições já estão definidas."*, E12). Em menor expressão, surgem as mudanças físicas na grávida (*"… a nível da mobilidade. O cansaço e a dificuldade de andar e de ter uma vida 'normal'…"*, E24) em comparação com as mudanças a nível psicológico e a nível das rotinas. Nas mudanças ocorridas nos contextos relacionais, centram-se principalmente em relação à mãe da grávida (*"… há ali uma parte desconhecida para mim e para ela também…"* E11) do que no casal.

Envolvimento Afetivo

A relação entre a grávida e o bebé tem características distintas de qualquer outra relação, existindo desse modo um investimento emocional intenso *("É engraçada! (…) Tranquila e amorosa. Uma coisa mais quentinha!"*, E5). Esse investimento é caracterizado pelos momentos em que fala com o bebé (*"Estou sempre a falar com ele, é normal! É uma ligação!"*, E7), nos momentos das ecografias *("Eu acho que a expetativa está toda agora.",* E20) ou quando ocorrem movimentos fetais (*" "Olá! Bom dia! Mexe lá e dá bom dia à mãe!", ele mexe. É giro essa sensação!"*, E17). A gravidez é então percecionada por sentimentos positivos, tornando-se um período gratificante (*"A gravidez tem sido uma experiência espetacular, espetacular!"*, E9). Contudo, nesta fase, a mulher é invadida por um conjunto de preocupações centradas no período após o nascimento ("*E depois quando o bebé nascer se vou conseguir cuidar dele?!"*, E19).

Diferenciação

A grávida procura diferenciar-se da sua mãe ao elaborar as representações de si enquanto mãe (*"… não vou cometer os erros que a minha mãe cometeu em relação a mim.",* E6). Quando comparadas as vivências entre a grávida e o parceiro durante a gravidez, observou-se fraca representatividade deste tipo de conteúdo. Partindo do pressuposto de diferenciação foi possível observar a tendência da grávida em atribuir ao bebé características semelhantes às suas e não o contrário (*"Gostava que ela fosse como eu…"*, E14).

Referenciação Social

As representações são influenciadas pelas perspetivas de outras grávidas e mulheres que já foram mães. Estas são percecionadas como "especialistas" (*Gosto de ir ouvindo as opiniões de cada um, indo recolhendo informação…",* E9) e transmitem à grávida a

perceção de que fazem parte de um grupo, com singularidades só compreendidas pelos seus elementos (*"Toda a gente consegue, eu também ei de conseguir…",* E12; *"... nós grávidas estamos diferentes, exigimos mais atenção e cuidado…",* E22). Os cursos de preparação para o parto, também têm um papel significativo, transmitindo uma sensação de controlo perante o desconhecido (*"É só mesmo aquela ideia de tentar, conhecer um bocadinho mais e de ter mais autoconfiança…",* E11).

Emergência de fantasias

As fantasias centram-se no bebé, isto é, no bebé imaginário e especialmente nas características psicológicas e comportamentais (*"Eu queria que fosse daqueles bebés simpáticos, que sorriem para toda a gente, comunicativo, esperto…"*, E13). Com menor expressão, surge as fantasias sobre o papel materno em que predomina uma visão idealizada (*"A melhor! A gente pensa sempre assim, a melhor!*, E20) e as expetativas sobre o período após o nascimento. Já a temática parto e a temática sonhos noturnos estão pouco presentes.

DISCUSSÃO

As representações da grávida enquanto mãe são sustentadas principalmente por conteúdo factual. A mulher realiza, desse modo, um movimento defensivo face à imagem idealizada que elaborou sobre as suas competências enquanto mãe (Ammaniti et al., 1992) como também pelo facto de sentir que tem que equiparar-se à imagem idealizada que construiu sobre o seu filho. Um ser especial, que resultou de uma decisão ponderada e à qual dirige todas as atenções, tendo que estar à altura das expectativas que considera que o seu filho terá de si (Leal, 2005; Raphael-Leff, 2005). Este desejo pela perfeição também é estruturado pela necessidade que a grávida tem em diferenciar-se da sua mãe, não conseguindo compreender e aceitar que esta não foi, não é e não será perfeita. Prevalecendo ainda uma perspetiva crítica (Stern, Bruschweiller-Stern, & Freeland, 2000).

Em contrapartida, existe uma influência significativa das grávidas e mulheres que já foram mães. Estas são percecionadas como "especialistas", compreendendo e desmistificando as vivências internas e externas da grávida (Stern et al., 2000). A ligação que estabelecem entre si permite que a grávida percecione como parte de um determinado grupo, com características próprias e que só são compreendidas pelos elementos que o constituem. O que significa que, de acordo com sociedade, a grávida já é percecionada como mãe (Stern et al., 2000).

Os serviços de saúde, principalmente os cursos de preparação para o parto, também têm um papel de destaque na influência das representações de si enquanto mãe. A grávida percecione que está a fazer tudo o que existe ao seu alcance para influenciar da melhor

forma possível o desenvolvimento da gravidez/bebé, constatando maior controlo sobre o desconhecido (Brazelton & Cramer, 2004). Procura reagir de forma adaptativa à situação, de acordo com os recursos que tem acesso, movimentando-se numa extensa rede social, contrariando a perspetiva de que a gravidez é vivenciada em privado e recorrendo unicamente ao conhecimento científico e aos *mass media* (Nascimento, 2003).

A temática parto não tem um papel expressivo nas narrativas como seria expetável. É algo que a grávida receia, desconhece e que não pode controlar na totalidade, ativando desse modo um conjunto de estratégias para se defender de sentimentos complexos e ambivalentes (Canavarro, 2006; Cohen & Slade, 2000; Raphael-Leff, 2005). A dificuldade em elaborar a nível emocional e em partilhar com os outros o que sente é traduzida pelo desconforto físico nesta fase da gestação (Colman & Colman, 1994).

As representações sobre o bebé são baseadas em conteúdo imerso no imaginário da grávida. Bastante frequentes e com elevado grau de pormenorização, especialmente a nível das características psicológicas e comportamentais, divergindo do que a literatura defende (Ilicali & Fisek, 2004). Seria expetável uma diminuição das representações de modo a proteger de possíveis desilusões no momento da confrontação entre o bebé imaginário e o bebé real (Vizziello et al., 1993).

Nesta fase da gestação, observa-se um movimento de descentralização da atenção da mulher em si própria para a relação de díade entre a grávida e o bebé, assumindo-se como principal contribuidora para as características do bebé (Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius, & Piha, 2001). Esta relação é vivenciada de forma intensa e difusa, dificultando a existência de uma fronteira simultaneamente rígida e flexível entre os dois O que parece existir é ainda um período de preparação e adaptação para a concretização da diferenciação e aceitação do bebé real (Canavarro, 2006). A chegada do novo elemento continua a representar a materialização de uma relação íntima (Canavarro, 2006). Contudo, perante o domínio da relação grávida-bebé questionamos se nesta fase da gravidez a reavaliação e o reajustamento do casal, estarão ou não, já consolidados.

Podemos então afirmar que a mulher nesta fase apresenta uma nova organização psicológica, que requereu uma reorganização de todas as suas representações, procurando atingir um estado de equilíbrio entre todas as áreas da sua vida. Deste modo, compreendendo melhor estas questões à luz da atualidade, será possível melhorar a resposta de ajuda durante este processo de transição.

REFERÊNCIAS

Ammaniti, M. (1991). Maternal representations during pregnancy and early infant-mother interactions. *Infant Mental Health Journal*, *12*, 246-255. doi: 10.1002/1097-0355 (199123)12:3<246::AID-IMHJ2280120310>3.0.CO;2-8

Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13*, 167-182. doi: 10.1002/1097-0355(199223)13:2%3C167::AID-IMHJ2280130207%3E3.0.CO;2-M

Ammaniti, M., & Tambelli, R. (2010). Prenatal self-report questionnaires, scales and interviews. In S. Tyano, M. Keren, H. Herman, & J. Cox (Eds.), *Parenthood and mental health. A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 109-120). Oxford: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9780470660683.ch11

Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2012). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, *34,* 1-10. doi: 10.1002/imhj.21357

Bardin, L. (1994). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Brazelton, T., & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce. Os pais, os bebés e a interacção precoce.* Lisboa: Terramar.

Canavarro, M. (2006). *Psicologia da gravidez e maternidade*. Coimbra: Quarteto.

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica.* Lisboa: Colibri.

de Jong-Pleij, E., Ribbert, L., Pistorious, L., Tramp, E. Mulder, E., & Bilardo, C (2013). Three-dimensional ultrasound and maternal bonding, a third trimester study and a review. *Prenatal Diagnosis, 33,* 81-88. doi: 10.1002/pd.4013

George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*, 198-216. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<198::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-L

Ilicali, E., & Fisek, G. (2004). Maternal representations during pregnancy and early motherhood. *Infant Mental Health Journal, 25,* 16-27. doi: 10.1002/imhj.10082

Larney, B., Cousens, P., & Nunn, K. (1997). Maternal representations reassessed. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2,* 125-144. doi: 10.1177/1359104597021009

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.

Nascimento, M. J. (2003). Preparar o nascimento. *Análise Psicológica, 1,* 47-51.

Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Prenatal maternal representations: mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal, 22,* 529-544. doi: 10.1002/imhj.1016

Raphael-Leff, J. R. (2005). *Psychological processes of childbearing*. Londres: Ann Freud Centre.

Stern, D., Bruschweiller-Stern, N., & Freeland, A. (2000). *Nascimento de uma mãe: Como a experiência da maternidade transforma uma mulher.* Porto: Ambar.

Vizziello, G., Antoniolli, M., Cocci, V., & Invernizzi, R. (1993). From pregnancy to motherhood: The structure of representative and narrative change. *Infant Mental Health Journal, 14,* 4-16. doi: 10.1002/1097-0355(199321)14:1<1::AID-IMHJ2280140102>3.0.CO;2-S

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Representação da qualidade de vida dos adolescentes: Intervenção psicoterapêutica de grupo

MARTA PEDREIRA (*)
VERA RAMOS (**)
PAULA ZARAGOZA (**)
ISABEL CARVALHO (**)
ISADORA PEREIRA (**)
PEDRO PIRES (**)
ISABEL LEAL (***)

O Serviço de Pedopsiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital Garcia da Orta tem verificado um aumento da procura por parte da população adolescente com problemáticas emocionais e alterações de comportamento. Esta realidade impôs maximizar os recursos disponíveis de modo a dar resposta ao número elevado de pedidos e encontrar alternativas à intervenção psicoterapêutica individual, quando esta não tem a eficácia desejada com os adolescentes. Como resposta, o serviço desenvolveu e implementou um programa de intervenção psicoterapêutica em grupo para adolescentes.

O programa de intervenção psicoterapêutica em grupo é direcionado a adolescentes que são seguidos no serviço, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos e de ambos os sexos. Os grupos são fechados (entre 10 e 15 adolescentes) e mediados por uma equipa de pedopsiquiatras e psicólogos. As sessões são semanais (uma hora e meia) e com temáticas pré-estabelecidas mediadas por atividades lúdico-expressivas. Ocorrem durante quatro meses de forma a abranger o período de férias escolares (de Junho a Setembro). No total são 11 sessões com os jovens e duas sessões com os pais.

A intervenção em grupo permite criar o *habitat* natural do adolescente, sendo um espaço intermédio entre a família e a sociedade. O *setting* de grupo torna-se por si só uma resposta terapêutica (Carvalho, Pereira, Zaragoza, Ramos, & Pires, 2013), em que o adolescente tem um papel ativo na mudança em si próprio, mas também na capacidade de impulsionar a mudança no outro (Mishna, Kaiman, & Little, 1994). Cada sessão é compreendida como sendo um espaço e tempo em que pode partilhar os seus valores e ideias (Mishna et al., 1994), permitindo o reforço do narcisismo positivo. Por sua vez, a partilha permite estabelecer elos de identificação entre os elementos do grupo e assim diminuir os sentimentos de solidão, culpa, medo e desvalorização (Mishna et al., 1994). Cria-se um ambiente seguro e de suporte narcísico, em que o adolescente perceciona um estado de

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
(*) Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Serviço de Pediatria, H.G.O., Lisboa, Portugal.
(*) ISPA – Instituto Universitário / William James Center for Research, Lisboa, Portugal.

normalidade (Scheidlinger, 2000; Tellerman, 2001). A função continente (Neri, 1995) é potenciada por serem grupos homogéneos a nível de diagnóstico e das características sociodemográficas. Contudo, a dinâmica de grupo não se caracteriza somente por movimentos de identificação, mas também por movimentos de diferenciação, que potenciam a emergência de conflitos que poderão ser elaborados de forma construtiva no contexto psicoterapêutico de grupo (Mishn et al., 1994). Deste modo, é fundamental fornecer as ferramentas necessárias para que desenvolvam a capacidade de mentalização e simbolização (Carvalho et al., 2013).

Procurar restruturar as representações destes jovens a fim de uma melhor adaptação psicossocial é um dos objetivos da intervenção em grupo. Para isso são abordadas diversas temáticas interdependentes que vão influenciar a perceção que estes jovens têm sobre o seu bem-estar. A perceção do bem-estar como um conceito multifatorial e descrito pelos próprios traduz-se na análise da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS). Este constructo permite ir além dos indicadores somáticos, retrata o bem-estar e as funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, segundo a perceção dos próprios (crianças e adolescentes) como a dos pais (Gaspar & Matos, 2008). A possibilidade de analisar as representações sobre a qualidade de vida nesta população clínica, torna-se relevante por ser uma área de investigação recente, permitindo perceber o impacto que uma determinada intervenção poderá ter no funcionamento do sujeito, em várias áreas da sua vida. Torna-se então pertinente, mediante a intervenção psicoterapêutica em grupo, perceber as alterações nas representações de qualidade de vida dos jovens de acordo com a perceção dos próprios como dos pais.

MÉTODO

A presente investigação consiste num estudo comparativo entre dois momentos de avaliação (pré-intervenção e pós-intervenção) e entre dois grupos (adolescentes e pais).

Participantes

Participaram 21 adolescentes (15 raparigas e 6 rapazes) distribuídos por três grupos terapêuticos. Foram selecionados através de um processo de amostragem não-probabilístico de conveniência, respeitando os critérios clínicos de inclusão (perturbações de humor e da ansiedade; perturbações do comportamento; perturbações neuróticas severas; perturbações de personalidade; dificuldades graves de socialização). Tinham idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (M=14,7; DP=1,6) e frequentavam entre o 7º e o 12º ano de escolaridade, predominando o nível de ensino básico (81%). O grupo de pais era constituído por 22 elementos, predominando a figura materna (77%). Tinham entre 38 e 63 anos de idade (M=46,1; DP=6,4). A maioria era casada ou viver em união de facto (64%). A nível das habilitações literárias a maioria terminou o ensino secundário (60%) e encontra-se atualmente empregada (86%).

Material

Questionário sociodemográfico (versão para os adolescentes e *versão para os pais/ cuidadores*) foi elaborado exclusivamente para a investigação. Em ambas as versões questionou-se a idade, sexo e habilitações literárias. Na versão dos pais acrescentou-se o estado civil e a situação profissional.

Kidscreen-52 (Gaspar & Matos, 2008) permite avaliar a qualidade de vida dos adolescentes através da perceção dos próprios (versão para crianças e adolescentes) e através da perceção dos pais (versão para os pais). Ambas as versões têm as mesmas características. São questionários de autopreenchimento, cuja duração máxima é de 15 minutos. As respostas são baseadas nas vivências da última semana do adolescente e assinaladas numa escala de Likert (entre 1 – "Nada/Nunca" e 5 – "Totalmente/Sempre"). Os 52 itens estão organizados por dez subescalas (com um nível de consistência interna satisfatório entre 0,61 e 0,87): *saúde e atividade física*; *sentimentos*; *estado de humor geral*; *auto-percepção*; *tempo livre*; *família e ambiente familiar*; *questões económicas*; *amigos*; *ambiente escolar e aprendizagem* e *provocação*. Quanto mais elevado for o valor, melhor será percecionada a qualidade de vida dos adolescentes.

Procedimento

O presente estudo foi desenvolvido no âmbito de um Projeto de Investigação a decorrer no Serviço de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia da Orta, autorizado pela Comissão de Ética da instituição. Na primeira sessão, em que os pais reuniram-se com a equipa técnica solicitou-se o consentimento informado, assegurando-se a confidencialidade e o anonimato. Concedida a autorização aplicou-se os questionários (*questionário sociodemográfico e Kidscreen-52*) aos adolescentes e aos de pais separadamente, mas em momentos idênticos (fase de pré-intervenção e na fase de pós-intervenção). Em ambos os grupos a aplicação era realizada coletivamente e na presença do investigador. Posteriormente, procedeu-se à análise estatística com recurso *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22 para Windows.

RESULTADOS

Comparação entre Pré-Intervenção e Pós-Intervenção da QVRS

Adolescentes

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na subescala *sentimentos* (*Wilcoxon Z*=-2,746; $p<0,05$) e na subescala *amigos* ($t_{(20)}$=-2,009; $p<0,05$). Os valores médios mais elevados na fase de pós-intervenção indicam que os adolescentes percecionam a vida de forma mais positiva como também uma melhoria nas interações com os pares,

sentindo-se integrados e capazes de confiar. Importa salientar que, quando analisada a QVRS como um único constructo (α de Cronbach ≥0,80) entre as duas fases de avaliação, verificaram-se diferenças significativas ($t_{(20)}$=-1,732; p<0,05) que indicam que na fase de pós-intervenção (*M*=181,6; *DP*=44,3) os valores, em média, são superiores aos valores da fase de pré-intervenção (*M*=168,4; *DP*=50,1). Em seguida, realiza-se um conjunto de análises de acordo com os dados sociodemográficos dos adolescentes.

Sexo: Não se observaram diferenças significativas entre a perceção das raparigas e a perceção dos rapazes em cada subescala e em cada fase de avaliação; *Escalões etários:* Verificou-se que na fase de pós-intervenção, a subescala *saúde e atividade física* ($F_{(2;18)}$=4,084; p=0,034) e a subescala *ambiente escolar* ($F_{(2;18)}$=5,775; p=0,012) apresentaram diferenças com significância estatística, isto é, o fator escalão etário influencia a perceção dos adolescentes. Deste modo, na fase de pós-intervenção os adolescentes entre os 14 e 15 anos de idade percecionam, em média, mais energia e aptidão física do que os mais velhos (entre os 16 e 18 anos). Já os adolescentes entre os 12 e 13 anos de idade percecionam maior satisfação com o contexto escolar em comparação com os mais velhos (14 e15 anos e 16 e 18 anos); *Habilitações literárias:* Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na fase de pós-intervenção na subescala *saúde e atividade física* (*Kruskall-Wallis* $H_{(2)}$=7,126; p<0,05), isto é, os adolescentes que frequentam o ensino básico percecionam uma melhor aptidão física do que os adolescentes que frequentam o ensino secundário e profissional**.**

Pais

Verificaram-se diferenças com significância estatística entre as duas fases de avaliação na subescala *sentimentos* (*Wilcoxon Z*=-2,628; p<0,05), na subescala *estado de humor geral* ($t_{(21)}$=-4,092; p<0,05) e na subescala *tempo livre* ($t_{(21)}$=-2,701; p<0,05). De acordo com a perspetiva dos pais, os adolescentes apresentam uma perceção mais positiva da vida, melhor humor e com um nível de autonomia e independência superior à fase de pré-intervenção. Na análise ao constructo QVRS (α de Cronbach ≥0,80) verificaram-se diferenças com significância estatística ($t_{(21)}$=-2,420; p<0,05), isto é, os pais percecionam um nível de QVRS dos filhos superior na fase de pós-intervenção (*M*=167,6; *DP*=25,2) do que na fase de pré-intervenção (*M*=154,1; *DP*=29,0). Em seguida, também se procedeu a um conjunto de análises de acordo com os dados sociodemográficos.

Sexo do filho: Existem diferenças estatisticamente significativas na fase de pré-intervenção na subescala *amigos* ($t_{(19)}$=2,108; p<0,05) e na subescala *provocação* ($t_{(19)}$=2,440; p<0,05). Isto é, os pais de raparigas percecionam, em média, uma melhor integração em contexto de grupo do que quando são rapazes. Na fase de pós-intervenção as diferenças verificaram-se na subescala *ambiente escolar* ($t_{(19)}$=2,394; p<0,05), o que significa que a perceção dos pais de raparigas sobre a satisfação com o contexto escolar é superior, em média, do que quando são rapazes; *Escalões etários dos filhos:* Diferenças estatisticamente significativas na fase de pós-intervenção na subescala *saúde e atividade física* (*Kruskall Wallis* $H_{(2)}$=5,819; p<0,05), na subescala *autoperceção* ($F_{(2;19)}$=6,121; p=0,009), na subescala *estado de humor geral* ($F_{(2,19)}$=7,816; p=0,003) e na subescala

sentimentos (*Kruskall Wallis* $H_{(2)}$=11,584; p<0,05). Os pais de adolescentes entre os 12 e 13 anos de idade apresentam valores médios superiores nas quatro subescalas em comparação com a perceção dos pais de adolescentes entre os 16 e 18 anos de idade. Deste modo, os pais dos mais novos percecionam que os filhos têm mais energia e bem-estar físico, estão mais satisfeitos consigo próprios, mais bem-dispostos e com uma visão mais positiva da vida; *Habilitações literárias dos filhos:* Diferenças estatisticamente significativas na fase de pré-intervenção na subescala *provocação* (*Kruskall Wallis* $H_{(1)}$=4,071; p<0,05). Os pais de adolescente no ensino secundário e profissional percecionam que estes sentem-se, em média, mais respeitados pelos pares do que os adolescentes no ensino básico. Na fase de pós-intervenção as diferenças com evidência estatísticas ocorrem nas seguintes subescalas: *saúde e atividade física* ($F_{(1;20)}$=10,815; p<0,05); *sentimentos* ($F_{(1;20)}$=9,268; p<0,05); *autoperceção* ($F_{(1;20)}$=10,508; p<0,05), *estado de humor geral* ($F_{(1;20)}$=5,928; p<0,05) Em suma, na fase de pós-intervenção os pais com filhos no ensino básico percecionam, em média, que estes estão bem fisicamente, mais satisfeitos com a vida, confiantes e com bom humor do que os pais de adolescentes no ensino secundário e profissional.

Comparação entre Adolescentes e Pais

Pré-intervenção

Diferenças com significância estatística na subescala de a*uto-perceção* ($t_{(41)=}$1,862; p<0,05) e na subescala *ambiente escolar* ($t_{(41)=}$1,765; p<0,05). Os adolescentes, em média, têm uma imagem mais positiva de si próprios e estão mais satisfeitos com o ambiente escolar do que a perceção dos pais. Contudo, não se verificaram diferenças com significância estatística (p>0,05) quando comparado o constructo de QVRS (α de Cronbach ≥0,80) entre os adolescentes e os pais. *Pós-Intervenção:* As diferenças com significância estatística na fase de pós-intervenção ocorreram na subescala *amigos* (*Mann Whitney* $U_{=}$131,0; p<0,05) e na subescala *provocação* (*Mann Whitney* U=155,5; p<0,05). É possível afirmar que os adolescentes, em média, percecionam de forma mais positiva as interações com os pares, apresentando menos sentimentos de rejeição e de ansiedade na relação com o outro do que a perceção dos pais. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (p>0,05) entre os adolescentes e os pais quando avaliado o constructo QVRS (α de Cronbach ≥0,80).

DISCUSSÃO

O programa de intervenção em grupo permitiu trabalhar um conjunto de competências de modo a promover a adaptação psicossocial destes jovens. Ao reorganizarem as representações estarão a modificar a forma como percecionam e intervêm na realidade que

os rodeia e por sua vez na sua qualidade de vida. Tal foi possível pelo facto de os adolescentes percecionarem o grupo como um *espaço Continente*, em que podem partilhar as suas angústias, estabelecendo-se movimentos de identificação e de diferenciação entre os intervenientes (Mishna et al., 1994). Desta forma, vivencia-se um processo de mudança pessoal.

As mudanças com maior evidência na fase de pós-intervenção indicam que estes jovens passaram a percecionar uma maior satisfação com a vida, mais emoções positivas do que negativas e deste modo um bem-estar psicológico. A perceção de bem-estar motivou-os a estabelecer relações com os pares e a sentirem-se capazes de confiar nos outros. Revelam, deste modo, o desejo em tornarem-se mais resilientes perante as adversidades que possam surgir no contexto social. Pois, no passado, problemas nas relações com os pares fizeram emergir sentimentos de culpa que não foram suficientemente elaborados, causando sofrimento emocional, que refletiu-se em diferentes áreas das suas vidas. Importa salientar, que a importância atribuída aos pares, também é o reflexo da luta constante que os adolescentes têm contra sentimentos de solidão e de desamparo. Este processo de mudança passa pelo desenvolvimento da capacidade de mentalização, isto é, capacidade de estabelecerem ligações entre as suas vivências físicas e emocionais a fim de uma melhor compreensão da realidade (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002).

O facto de os mais novos e com menor nível de qualificações literárias percecionarem mais energia e aptidão física no fim do programa de intervenção reflete a dificuldade que estes jovens têm em substituir a linguagem de ação em linguagem de pensamento. Também são os mais novos, que apresentam níveis de confiança mais elevados relativamente à vivência e desempenho no contexto escolar na fase de pós-intervenção. Este dado pode ser compreendido pelo facto de os jovens terem respondido ao questionário no início do ano letivo, estando envoltos num estado de idealização face às conquistas que pretendem atingir. A avaliação *a posteriori* desta temática é pertinente de modo verificar as estratégias de *coping* que emergiram ao longo do ano letivo.

As divergências entre as perceções dos filhos e as perceções dos pais centraram-se principalmente nas questões sociais e psicológicas. Os adolescentes procuram nesta fase um maior distanciamento das figuras parentais a fim de consolidarem a sua identidade de forma independente, dificultando a perceção real dos pais. Por sua vez, os pais vivenciam sentimentos ambivalentes nesta fase. Entre o desejo de que os filhos se tornem autónomos e paralelamente o desejo de que continuem a precisar deles, controlando as suas vivências. Esta ambivalência é descrita quando os adolescentes percecionam de forma mais positiva do que os pais as questões sociais e psicológicas.

Observou-se que os pais de raparigas tendem a percecionar uma melhor qualidade na vivência escolar e social das suas filhas do que quando são pais de rapazes, corroborando com literatura existente na área (e.g., Gaspar & Matos, 2008; Matos & Sampaio, 2009). O facto de existir este tipo de divergência demonstra o quanto os pais são permeáveis às questões culturais das diferenças de género. Subvalorizam o impacto que as problemáticas emocionais e comportamentais dos filhos poderão ter nas representações associadas à qualidade de vida. Contudo, quando analisada esta questão no grupo de adolescentes tal não

se verifica. Demonstrando que as perturbações mentais destes jovens são um fator determinante nos resultados. Sendo um grupo com problemáticas e vivências semelhantes os resultados tendem a não divergir entre os géneros.

As perceções dos pais de adolescentes mais novos demonstram a presença do "fator esperança" e de idealização face às características dos seus filhos e às conquistas que esperam que atinjam. Baseando-se em cada indício positivo como indicador de desenvolvimento. Já os pais dos mais velhos apresentam maior desgaste emocional e físico, proveniente de uma relação disfuncional.

Acaba por existir uma interdependência entre as representações que os pais e outros elementos centrais da vida do adolescente têm nas representações que os próprios estruturam sobre si. Pretendeu-se através da intervenção em grupo romper ou reestruturar estas relações de interdependência que implicam sofrimento. Através do *Eu* em ação dos adolescentes e os pares como "agentes de socialização" torna-se possível criar um contexto que promova a mudança pessoal e por sua vez interferir na representação de qualidade de vida. Contudo, realizar uma análise de follow-up a estes jovens e pais é fundamental para consolidar os indicadores obtidos neste estudo e realizar os reajustamentos necessários no programa de intervenção em grupo.

REFERÊNCIAS

Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P. (2013). Intervenção psicoterapêutica em grupo de adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, 35,* 91-104.

Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Nova Iorque: Other Press

Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes – Versão Portuguesa dos Instrumentos KIDSCREEN-52*. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Matos, M., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde – Diálogo com uma geração*. Lisboa: Texto Editores.

Mishna, F., Kaiman, J., & Little, S. (1994). Group therapy with adolescents who have learning disabilities and social/emotional problems. *Journal of Child & Adolescent Group Therapy, 4*, 117-131. doi: 10.1007/BF02548484

Neri, C. (1995). *Grupo. Manual de Psicanálise de Grupo.* Rio de Janeiro: Imago Editora.

Scheidlinger, S. (2000). The group psychotherapy movement at the millennium: Some historic perspectives. *International Journal of Group Psychotherapy, 50,* 315-339. doi: 10.1080/00207284.2000.11491012

Tellerman, J. S. (2001). The solutions unlimited now–SUN Program: Psychodynamic/ cognitive structured groups for teens, pre-teens, and families. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 11,* 117-134. doi: 10.1023/A:1014758406520

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Estrutura fatorial do questionário de *Weness* – Versão reduzida para Português Europeu

NÁDIA MIRANDA (*)
IVONE PATRÃO (*)
MARIA JOÃO GOUVEIA (*)

Weness não é um conceito recente, vários autores desde a década de 1960 referiram-no. Pacheco (2014), tendo em conta as várias contribuições teóricas e resultados empíricos pré-existentes, desenvolveu o modelo de *Weness*. Este é definido como um processo interligado de cognições, emoções e comportamentos vividos na relação, demonstrado pelos parceiros como uma relação de unidade interdependente e não como dois sujeitos independentes. O conceito é uma construção psicológica, que se refere à identidade que cada parceiro estabelece em relação ao outro, sendo visível no sistema de linguagem utilizado, como os pronomes "nós" e "nosso" para relatar experiências comuns (Reid, Dalton, Laderoute Doell, & Nguyen, 2006).

É importante a promoção de *Weness* nos casais, tanto no geral como em situações específicas (doença), pois os parceiros influenciam-se mutuamente em todas as fases da vida. Uma revisão da literatura realizada por Pacheco (2014) refere que *Weness*, quando promovido no seio dos casais de forma positiva, também pode melhorar o funcionamento, o bem-estar de um casal e por consequência diminuir a taxa de divórcios. Carrére e seus colaboradores (2000) confirmam esta afirmação no seu estudo, demonstrando que o sentido de unidade tem implicações importantes para a estabilidade do casal.

Torna-se importante conhecer-se o modelo de *Weness*. Este consiste em três facetas fundamentais que são interligadas concomitantemente e se reforçam de forma cíclica ao longo do tempo (Pacheco, 2014). A faceta cognitiva, que diz respeito ao casal e é demonstrada através da identificação como, fazer parte de um casal; pensar e avaliar acontecimentos relativos ao relacionamento (Acitelli, 2007); entre outros. A faceta emocional é demonstrada pelo sentido de unidade (Carrére et al., 2000); união e intimidade (Acitelli, 2007). E por último a faceta comportamental demonstrada pelo sentimento de solidariedade proposto por Gottman e Levenson (1999, cit. por Pacheco, 2014).

Outros componentes importantes do modelo são os antecedentes de *Weness* podem ser intrapessoais e interpessoais. Entende-se por antecedentes intrapessoais, as variáveis auto-interpretação, sexo e idade que quanto mais velhos são os casais maior é o sentimento de *Weness* (Seider et al., 2009). A personalidade neurótica e estilos de fixação mais inseguros levam a sentimentos de *Weness* menores do que estilos de fixação mais ligados e estilos de

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

amor associados a comportamentos mais positivos (Schoebi, Karney, & Bradbury, 2012). A auto-determinação mostra que os conjugues sabem porque estão e querem estar naquele relacionamento (Pacheco, 2014).

Os antecedentes interpessoais referem-se ao desenvolvimento histórico do relacionamento, ou seja como se irá desenvolver, pois os níveis de dependência, confiança, intimidade e objetivos comuns começam a aumentar (Seider et al., 2009).

Os mecanismos que se relacionam com o *Weness* dividem-se em primários e avançados. Os mecanismos primários são o compromisso que é indispensável para que exista um relacionamento de suporte (Schoebi et al., 2012). O *Dyadic Coping*, a qualidade da comunicação e a gestão dos conflitos assumem extrema importância no início da relação, pois é nesta altura que surgem os primeiros stressores. Quando todos estes aspetos surgem de forma "saudável", gera maior confiança e intimidade entre o casal, que desencadeia *Weness* e este atinge um patamar estável. Neste patamar estão os mecanismos avançados que se ligam ao interpessoal do sujeito ao seu bem-estar e saúde e as consequências interpessoais (estabilidade do relacionamento). Estes mecanismos contêm aspetos como as estratégias de conflito construtivo, o trabalho em equipa, a aceitação, o perdão entre outras (Pacheco, 2014).

Através de todos os momentos surgem consequências, que levam a melhores resultados relacionais e mais estabilidade, compromisso, melhor bem-estar e saúde individual e que existe uma menor probabilidade de divórcio (Bodenmann, 2005; Vedes et al., 2013) quando o *Weness* é mais elevado. Todos os momentos do modelo são moderados por variáveis como a idade, género, características da amostra e tipos de casais. As mulheres e casais mais velhos têm uma pontuação de *Weness* mais elevada do que os homens e os casais de idades jovens (Vedes et al., 2013). O *Weness* ainda difere entre casais em crise ou não, e casais mais tradicionais ou menos tradicionais (Pacheco, 2014).

Diversa literatura tem demonstrado que existem dois conceitos fortemente associados ao *Weness*. O *Dyadic Coping (DC)*, definido por Bodenmann (2005), como parte de um processo interpessoal que envolve ambos os conjugues numa situação específica de *stress*. Esta pode afetar os parceiros direta ou indiretamente e os mesmos têm de desenvolver uma estratégia de enfrentamento num curto espaço de tempo. E a Satisfação Conjugal, é a avaliação global subjetiva dos parceiros sobre o seu relacionamento num determinado momento do tempo (Hendrick, Dicke, & Hendrick, 1998).

O *DC* tem dois grandes objetivos, com efeitos diretos sobre o relacionamento. A redução do *stress* (individual ou conjunto) em cada parceiro, levando a um maior reforço na qualidade do relacionamento que se reflete no bem-estar dos conjugues. E a promoção da sensação de *Weness* (confiança mútua e perceção de que nas situações difíceis a relação constitui-se como uma fonte de apoio). O *DC* pode ser visto para além da redução do *stress*, pois foca-se também na estabilidade, manutenção e melhoria da qualidade dos relacionamentos (Bodenmann, 2005). Os objetivos são fortemente suportados por estudos tanto nos casais normativos (Bodenmann, 2005), como nos casais oncológicos (Acitelli, 2007).

Conclui-se que quanto maior o sentimento de *Weness* (variável mediadora), que surge através das estratégias de enfrentamento do *stress* (*DC*) utilizadas pelo casal, maior será a resistência, qualidade e satisfação conjugal (Acitelli, 2007; Pacheco, 2014).

Tendo em conta a importância do *Weness* no seio dos casais o objetivo principal do presente estudo, é a validação do questionário de *Weness* para a Língua Portuguesa numa população geral e oncológica (cancro da mama). O segundo objetivo é verificar a validade convergente/discriminante dos três conceitos, para confirmar se são conceitos distintos.

MÉTODO

Participantes

Participantes no estudo *N*=250 casais (*n*=70 casais oncológicos (cancro da mama) e *n*=180 casais gerais), selecionados por conveniência. As médias de idades dos participantes foram *X*=39,7 anos (*DP*=11,2) para as mulheres e X=40,8 anos (*DP*=11,5) para os homens. Os critérios de inclusão foram: (1) maiores de 18 anos; (2) nacionalidade portuguesa; (3) a mulher tem/teve cancro da mama vs. não existir nenhuma doença crónica no casal.

Instrumentos

Questionário de Weness (QW)

Questionário construído por Pacheco (2014), composto por 36 itens e quatro perguntas de resposta breve. Utiliza uma escala de Likert de cinco pontos (1="nada" e 5="muito"). O questionário apresenta uma estrutura unidimensional que contem dezoito domínios. A média dos 36 itens reflete o sentimento de *Weness*. Quanto mais elevada for a média dos itens**,** maior é o sentimento de *Weness* no casal. O questionário original validado para a língua inglesa demonstrou boa consistência interna, 0,75 para as mulheres e 0,82 para os homens.

Inventário de Dyadic Coping (IDC)

Escala elaborada por Bodenmann (2005) e validada para a língua portuguesa por Vedes (2013). Contém 37 itens medidos numa escala de Likert de cinco pontos (1=muito raramente e 5=muito frequentemente). Contém nove subescalas, as primeiras oito descrevem o comportamento demonstrado pelo próprio ou pelo seu parceiro, a nona subescala demonstra o comportamento conjunto. O comportamento de *Dyadic Coping* é obtido através da média dos primeiros 35 itens, os dois últimos itens avaliam quanto os indivíduos estão satisfeitos com o seu DC. Quanto mais elevada for a média total dos itens maior é o *Dyadic Coping*. O inventário apresenta um *α de Cronbach* de 0,91 e a validação 0,97 para os homens e 0,70 para as mulheres.

Escala de Avaliação da Relação (RAS)

Escala elaborada por Hendrick, Dicke e Hendrick (1998) adaptada para a língua portuguesa por Santos, Feijão e Mesquita (2000), revista por Lind (2008). Contém sete itens que avaliam a satisfação de um casal com o seu relacionamento, obtida através da soma de todos os itens dividindo o total por sete, obtendo uma média. É utilizada uma escala de Likert de cinco pontos diferente para cada item. A escala apresenta na versão portuguesa o *α de Cronbach* foi de 0,86 e na escala revista 0,93 para as mulheres e 0,91 para os homens.

Procedimento

Procedimento da adaptação do questionário

Executou-se a equivalência linguística do instrumento através do método tradução e retroversão. A tradução do instrumento foi realizada por dois portugueses com conhecimentos sólidos da língua inglesa, e da área dos objetivos do estudo. Seguidamente efetuou-se uma retroversão da primeira versão, e a comparação das três versões (original, tradução e retroversão) surgindo a segunda versão do questionário. Por fim, realizou-se o pré-teste a seis casais com diferentes idades e escolaridade, usando a segunda versão do questionário com objetivo de verificar a clareza e compreensão dos itens.

Procedimento do estudo

Numa primeira fase foi realizada a recolha da amostra no Movimento Vencer e Viver da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional Sul. Os casais recetivos em participar dispunham da opção de responder no momento ou levar para casa, sendo-lhe facultado um envelope selado e devidamente preenchido. Seguidamente, foram colocados os questionários *online* em redes sociais de apoio a doentes oncológicos (Ex: associação ABC cancro da mama) e em redes sociais comuns para a população sem doença oncológica.

Procedimento estatístico

Realizou-se com o Questionário de *Weness* Análises Fatoriais Exploratórias (AFE) e Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) para verificar a estrutura proposta pela autora. Todas as análises realizadas aos modelos (modelo 18 subdimensões correlacionados, modelo unidimensional e modelo de 10 fatores) demonstraram que os ajustamentos do modelo eram inaceitáveis para ambas as amostras.

Após todas as análises realizadas efetuou-se a análise com o questionário reduzido, elaborado posteriormente pela autora. Primeiramente, executou-se a equivalência dos itens dos dois questionários e a análise dos mesmos. Nenhum dos itens apresentava violação à normalidade e o valor de *alfa de Cronbach* é de 0.85 para a população geral e 0.82 para a população oncológica. Calculou-se a validade convergente/discriminante dos itens através da Variância Extraída Média e da Fiabilidade Compósita chegando-se à conclusão que os itens que definem cada fator não saturam fortemente nesse fator. Após estas análises executou-se uma AFC, para testar o modelo do questionário reduzido.

RESULTADOS

População normativa

A AFC com um modelo de 1ª ordem (modelo original com 3 subdimensões correlacionadas entre si) revelou um ajustamento inaceitável (Quadro 1, modelo 1.1) após o ajustamento do modelo este passou a ser sofrível (Quadro 1, modelo 1.2). O Modelo de 2ª ordem (onde os 3 fatores estão correlacionados com a dimensão *Weness*) e o Modelo

unidimensional (todos os itens encontram-se correlacionados com a dimensão *Weness*), revelaram um ajustamento inaceitável (Quadro 1, modelo 2.1 e 3.1) e após os ajustamentos através da correlação dos erros, o modelo de 2ª ordem passou a ser sofrível (Quadro 1, modelo 2.2) e o modelo unidimensional aceitável (Quadro 1, modelo 3.2).

Quadro 1

Qualidade do ajustamento dos modelos questionário reduzido na população geral

		X/2	CFI	GFI	RMSEA
1. Modelo de 1ª ordem					
(3 subdimensões correlacionadas)	1.1 Inicial	10,716	0,565	0,731	0,167
	1.2 Ajustado	4,290	0,876	0,894	0,097
2. Modelo de 2ª ordem					
(3 subdimensões correlacionadas com *Weness*)	2.1 Inicial	13,864	0,444	0,625	0,193
	2.2 Ajustado	3,787	0,894	0,891	0,090
3. Modelo Unidimensional					
(15 itens correlacionados com *Weness*)	3.1 Inicial	13,864	0,444	0,625	0,193
	3.2 Ajustado	3,479	0,908	0,902	0,085

População clínica

A AFC com um modelo de 1ª ordem revelou um ajustamento inaceitável (Quadro 2, modelo 1.1), após o ajustamento do modelo este passou a ser sofrível (Quadro 2, modelo 1.2). O Modelo de 2ª ordem e o Modelo unidimensional, revelaram um ajustamento inaceitável (Quadro 2, modelo 2.1 e 3.1) e após os ajustamentos, o modelo de 2ª ordem passou a ser sofrível (Quadro 2, modelo 2.2) e o modelo unidimensional aceitável (Quadro 2, modelo 3.2).

Quadro 2

Qualidade do ajustamento dos modelos questionário reduzido na população clínica

		X/2	CFI	GFI	RMSEA
1. Modelo de 1ª ordem					
(3 subdimensões correlacionadas)	1.1 Inicial	4,738	0,584	0,699	0,166
	1.2 Ajustado	2,277	0,882	0,865	0,097
2. Modelo de 2ª ordem					
(3 subdimensões correlacionadas com *Weness*)	2.1 Inicial	5,308	0,516	0,649	0,179
	2.2 Ajustado	2,610	0,843	0,827	0,109
3. Modelo Unidimensional					
(15 itens correlacionados com *Weness*)	3.1 Inicial	5,308	0,516	0,649	0,179
	3.2 Ajustado	2,684	0,838	0,827	0,112

O modelo unidimensional revela melhor qualidade do ajustamento em ambas as amostras. Conclui-se que, o questionário reduzido apresenta melhor ajustamento que a versão longa.

Validade convergente/discriminante das escalas com a amostra total

As análises convergente/discriminante realizadas através de correlações de Sperman revelaram que *Weness* e *Dyadic Coping* (DC) com as subdimensões *DC* Conjunto (r=0,35; p=0,00), *DC* Positivo do Outro (r=0,29; p=0,00) e *DC* Positivo do Próprio (r=0,24; p=0,00) são correlações significativas mas baixas, tal como, *Weness* e Satisfação com a relação (r=0,20; p=0,00). Estes resultados indicam que os conceitos são suficientemente discriminantes.

DISCUSSÃO

Os objetivos deste estudo foi a validação do questionário de *Weness* para a Língua Portuguesa em população com e sem doença oncológica e a verificação da validade convergente/discriminante dos três conceitos, para confirmar se são conceitos distintos. Os resultados obtidos não vão ao encontro do estudo de validação do Questionário de *Weness* (Pacheco, 2014). As análises realizadas não permitem confirmar a estrutura dimensional do questionário original, contudo, o questionário reduzido reproduziu valores de ajustamento do modelo mais aceitáveis. A análise da validade convergente/discriminante entre os conceitos revela que os constructos são distintos. Assim, *Weness* avalia o sentimento de nós, o *Dyadic Coping* estratégias utilizadas pelo casal para lidarem com o *stress*, e a Satisfação Conjugal é a avaliação da sensação momentânea que cada parceiro tem em relação ao seu relacionamento como um todo. Existe um conjunto de possíveis explicações/limitações para os resultados obtidos analisando a estrutura semântica dos itens pode verificar-se que, esta é complexa e que contém alguns itens formulados na negativa, o que causa alguma dúvida na hora de responder. Este aspeto pode ter influenciado os resultados uma vez que, a amostra analisada possui um nível académico baixo, o que torna a interpretação dos itens mais difícil. O tamanho da amostra é pequeno para uma validação e o número de anos de relacionamento (Seider et al., 2009) deveria ter sido contabilizado, pois sabe-se da literatura que estes têm influência no sentimento de *Weness*. O questionário é sensível tendo potencial para favorecer a desejabilidade social, uma vez que explora questões íntimas do casal. Assim, é importante controlar esta variável com um questionário de desejabilidade social em estudos futuros.

O presente estudo mostra-se revelante uma vez que possibilita que futuros estudos tenham disponível uma ferramenta para avaliar o sentimento de *Weness* num casal, e ainda permite avaliar o impacto colateral do sofrimento de uma doença ou recuperação de uma pós doença pode ter no sentimento de *Weness*. Desta forma, possibilita trabalhar o conceito e elaborar estratégias para melhorar o sentimento nos casais.

Tendo em conta os resultados e as limitações do estudo sugere-se que, em estudos futuros seja estudado de forma mais concisa o conceito de *Weness* nos casais, por exemplo através de focus grupo. E ainda que seja utilizado o Questionário de *Weness* versão reduzida, pois para além de apresentar uma dimensão mais curta (o que favorece a aplicação em populações clínicas) também está formulado de forma simples e clara.

REFERÊNCIAS

Acitelli, L. K. (2007). Do relationship reflections help or hurt close relationships? In J. Forgas & J. Fitness (Eds.), *Social relationships: Cognitive, affective, and motivational processes* (The 10th Sydney Symposium on Social Psychology). NY: The Psychology Press.

Bodenmann, G. (2005). *Dyadic Coping and Its Significance for Marital Functioning*. In Revenson, T. A., Kayser, K. E., & Bodenmann, G. E. (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. American Psychological Association.

Carrére, S., Buehlman, K. T., Gottman, J. M., Coan, J. A., & Ruckstuhl, L. (2000). Predicting marital stability and divorce in newlywed couples. *Journal of Family Psychology, 14*, 42-58.

Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 137-142.

Lind, W. R. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos* (Tese de doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.

Pacheco, A. (2014). *Mechanisms Of Dyadic Coping: Implications for Interventions* (Monografia de Doutoramento em Psicologia Clínica, Psicologia da Família e Intervenções Familiares). Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Reid, D. W., Dalton, E. J., Laderoute, K., Doell, F. K., & Nguyen, T. (2006). Therapeutically induced changes in couple identity: The role of we-ness and interpersonal processing in relationship satisfaction. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 132*, 241-284.

Santos, M. J., Feijão, M. T., & Mesquita, R. (2000). Relações entre estilos de vinculação, estilos de resolução de conflito e satisfação nas relações amorosas em mulheres com um relacionamento heterossexual. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Seider, B. H., Hirschberger, G., Nelson, K. L., & Levenson, R. W. (2009). We can work it out: Age differences in relational pronouns, physiology, and behavior in marital conflict. *Psychology and Aging, 24*, 604-613.

Schoebi, D., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2012). Stability and change in the first 10 years of marriage: Does commitment confer benefits beyond the effects of satisfaction? *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(4), 729-742.

Vedes, A., Bodenmann, G., Nussbeck, F., Randall, C., & Lind, W. (2013). (resubmitted). The role of weness in mediating the association between dyadic coping and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationship.*

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Outra cultura, a mesma dor: A depressão num estudo transcultural na Guiné-Bissau

NATÁLIA PEREIRA (*)

Apesar da depressão ser uma perturbação que ocorre por todo o mundo (Kirmayer & Jarvis, 2005; Kleinman & Good, 1985; Okello, 2006; Watters, 2010) a sintomatologia apresentada, as interpretações atribuídas e as respostas dadas a nível social são aspetos que diferem de cultura para cultura. O facto de serem as mulheres mais atingidas (OMS, 2015) vai provocar um desequilíbrio no grupo familiar que importa restabelecer o mais depressa possível, por serem elas quem mantém o controlo e coesão familiar. A doença mental foi vista durante muito tempo, como uma possessão demoníaca, situação que se mantém em muitos países (Watters, 2010) e em que a figura do curandeiro não pode ser dissociada às práticas curativas. No presente estudo procurou-se compreender as diferentes representações da depressão em função da pertença cultural dos indivíduos e, ao mesmo tempo, como lidar congruentemente com as suas vivências.

Variações culturais na expressão depressão

Por todo o mundo, a antropologia médica tem estudado como é que pessoas de diferentes culturas e/ou de diferentes grupos sociais explicam as causas das doenças e quais os sistemas terapêuticos a que recorrem em caso de doença (Bastos & Levy, 1987). Muito do que se sabe sobre cultura e doença, partiu das descrições dos primeiros trabalhos em antropologia e da consolidação da etnopsiquiatria como ciência (Malinowski, 2006/1926). O indivíduo, a doença mental e o meio passam então a ser vistos como partes integrantes daquele, sendo a sintomatologia expressão da sua cultura (Okello & Ekblad, 2006). E é precisamente em torno dos componentes socioculturais que Collomb (1975) considerou o indivíduo como tendo sido subjugado no decorrer dos anos, a uma visão reducionista do seu problema, sofrendo por isso uma série de consequências a nível pessoal, familiar e profissional. Compreender as emoções e o que elas expressam, é entrar no íntimo de cada um, sendo que na depressão se deve olhar primeiro para a pessoa que sofre, no meio e com o meio e só depois para os sintomas que emergem, como a dificuldade em desenvolver as atividades diárias ou sentindo que perdeu o seu lugar no grupo. Na Guiné-Bissau os

(*) UAL – Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal.

vizinhos são muitas vezes vistos como responsáveis pela doença e causadores do desequilíbrio, do qual o sujeito passa a padecer e que só pode ser tratado pelo feiticeiro. O conhecimento de outras formas de vida, para além da que é vivida nas tabancas, abriu portas à insatisfação e desmotivação dos jovens. As mulheres acabam por sofrer mais, pois para além dos casamentos precoces e forçados, muitas passam pelo traumatizante processo da excisão genital de forma a verem garantido um casamento e o respeito social.

MÉTODO

Conceitos de saúde, doença e cura estão profundamente enraizados na cosmologia local, adquirindo por isso a manifestação da depressão simbolismos próprios (De Jong, 1988; Helman, 2007). Tendo por base os pressupostos referidos, as nossas perguntas de investigação foram: − Será que a cosmovisão interiorizada está associada a uma forma particular de adoecer?; − Será que a cosmovisão interiorizada está associada ao método de tratamento escolhido e a sua efetividade?; − Qual a coerência entre a cosmovisão e a representação social da depressão?

Este estudo teve lugar em Bissau, capital da Guiné-Bissau, onde encontrámos um único Centro de Saúde Mental e onde as consultas são asseguradas por enfermeiros psiquiátricos. Esta investigação é um estudo comparativo de abordagem quantitativa com recurso a análise de dados qualitativos e quantitativos. Este é um estudo observacional de natureza exploratória de tipo pré e pós teste na medida em que engloba dois momentos de avaliação (T1 − no início do tratamento e T2 − após três meses de tratamento). Não obstante o seu caráter exploratório, o desenho do estudo pode ser considerado quasi-experimental pela existência de dois momentos de avaliação e um grupo de controlo, aumentando o controlo sobre variáveis parasitas. Foram constituídos quatro grupos segundo os tipos de VI − tratamento: G1 – tratamento com curandeiros; G2 – tratamento biomédico; G3 − tratamento psicológico e G4 − grupo de controlo (sem qualquer tratamento). A não aleatorização da amostra e a não distribuição aleatória dos sujeitos pelos grupos, não garante o controlo de possíveis ameaças à validade, tais como, o efeito de novidade, de contaminação experimental. Pretendemos, assim, verificar os efeitos do tratamento (VI) na depressão (VD), mediante a comparação da VD no pré e pós-teste (T1 e T2) e nos quatro grupos de tratamento.

Participantes

A amostra, do *tipo objetiva,* é constituída por indivíduos do género feminino com queixas de sintomatologia depressiva, tendo tido como fatores de exclusão os sujeitos com problemas mentais, assim como com problemas de alcoolismo. Em relação ao Grupo "sem tratamento" utilizou-se o método *Snowball*. A amostra compõe-se por 40 participantes, com

idades compreendidas entre os 18 e 60 anos (*M*=33,4; *DP*=10,38). A maioria (25%) encontra-se no escalão etário dos 31-35 anos. Uma vez que cada etnia tem a sua própria eespecifidade e que se pressupôs que a pertença a uma dada religião seria importante na escolha do tratamento, justificou o termos agrupado as participantes por crença religiosa. Do ponto de vista religioso a maioria das mulheres nomeia-se islâmica, seguida das cristãs, surgindo as animistas em menor número. Em relação ao estado civil a maioria das participantes são casadas (50%), seguido das viúvas (27%) e a menor percentagem surge nas solteiras (23%). Relativamente à escolaridade, é uma amostra com fraco nível de escolaridade, isto é, 42,5% tem o ensino primário, 20% não tem escolaridade e só 12,5% tem o ensino médio ou superior.

Instrumentos

Foi usada uma entrevista estruturada que teve por base o Questionário sobre o Modelo Explicativo da Doença (Kleinman, 1988) adotado recentemente pela Organização Mundial de Saúde (2008). Para a recolha de dados demográficos e clínicos foi utilizada uma Ficha Clínica. Escolheu-se o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) como instrumento para o despiste dos sintomas. Este instrumento tem sido usado em diversos países de baixo rendimento, com uma situação social e económica muito idêntica à que se vive na Guiné-Bissau, tendo sido aí utilizado por De Jong (1988). Foi usado o mesmo cut-off de 7 respostas positivas, determinado por este autor.

Procedimento

Tivemos acesso às consultas no Centro de Saúde Mental 3 de Agosto, Hospital Militar e diversos curandeiros, onde entrevistámos as pacientes. A falta de privacidade foi uma das questões difíceis de gerir, pois na maior parte das vezes havia sempre alguém presente. Após três meses desde o primeiro contacto, foi pedido às participantes que preenchessem novamente o SRQ-20. Os dados para o estudo estatístico foram analisados no programa SPSS. Os dados do estudo qualitativo, ficha clínica e Questionário do Modelo Explicativo da Doença foram agrupados por categorias e sub categorias, respeitando os temas que traduziam as questões colocadas. Utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (1977).

RESULTADOS

Verificámos que os sintomas referidos como mais incomodativos e com maior relevância foram as dores de cabeça (23%), a sensação de aperto e dores no coração (16%), a tristeza (15%) e a sensação de pânico (14%). Os sintomas de depressão identificados, na

primeira e na segunda avaliação, são apresentados na Figura 1, em que se pode verificar uma redução significativa dos mesmos.

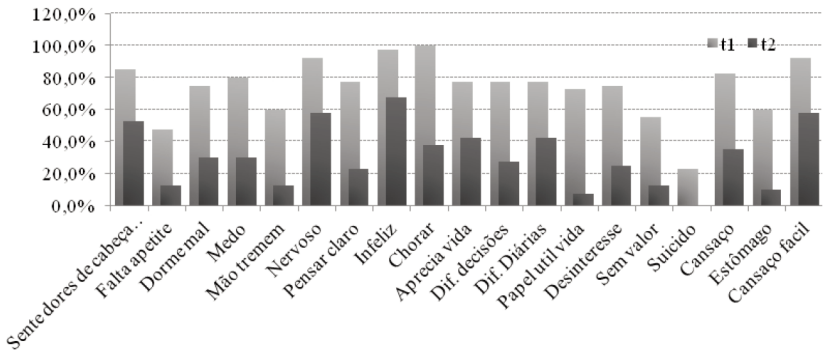


Figura 1. Sintomas de Depressão: t1 vs t2

DISCUSSÃO

Podemos dizer que os guineenses têm uma relação muito próxima com o mundo dos espíritos e que a doença se constrói e toma a expressão própria da cultura, não sendo por isso, muitas vezes, possível dissociar causa e expressão da doença. A perceção da alteração de fatores envolventes ao indivíduo são determinantes para a melhoria, mesmo na ausência de tratamento biomédico (Helman, 2007; Kirmayer & Jardis, 2005; Kleinman & Good, 1985). Também aqui, os dados indicam o género feminino como mais vulnerável à depressão. Quase todas as participantes referiram que o início da doença se relacionou com um determinado evento.

A partir das três questões formuladas inicialmente, podemos dizer que as causas enumeradas pelas participantes como responsáveis pela doença, emergem primordialmente, como sendo as vivências relacionais traumáticas. A cultura do feitiço emerge com bastante frequência, sendo o recurso aos feiticeiros uma prática comum com a utilização em paralelo, da biomedicina, mantendo-se assim a congruência do ponto de vista antropológico. A identificação da doença surge muitas vezes como sendo "Tristeza" ou "Ka sabe", cuja tradução é bem representativa do sentimento vivido por estas mulheres: "Sem sabor", a vida tinha deixado de ter sabor, de ter alegria. Também a especificidade de alguns sintomas tais como sentimentos de agressividade leva-nos a colocar a hipótese da existência de um menor controlo do ponto de vista social, em que os sentimentos se exprimem pela exteriorização destes. Nas participantes cristãs, que diziam não partilhar da visão da influência dos espíritos nas suas vidas, a cultura faz-se sentir através da utilização

das mezinhas tradicionais, muitas vezes usadas conjuntamente com a medicina formal, ou através de uma adesão a crenças sobre comportamentos causadores de azares.

Relacionando o tipo de tratamento com a dimensão religiosa, verificou-se que as mulheres de crença cristã apresentaram valores mais elevados ao nível de melhorias e sendo as que mais procuraram tratamento, preferindo o psicólogo, contrariamente às inquiridas de religião animista (estão no grupo de quem procura menos o tratamento e nunca o do psicólogo). De certo modo, nas mulheres que aderiram à religião cristã parece existir uma maior abertura para a mudança, uma maior facilidade em partilhar sentimentos e em pedir ajuda. No processo de aculturação foi sendo integrado uma cosmovisão mais congruente com uma representação social da depressão da cultura ocidental. Isto é, o alívio do sofrimento passa por recorrer a profissionais com um saber considerado erudito mas, no entanto, não eliminam completamente as crenças próprias da cosmovisão que faz parte da cultura tradicional. De certa forma o processo de aculturação, em determinado tipo de grupos étnicos, teve um impacto mais significativo e transformador. Contudo, as participantes que procuram tratamento e de cariz islâmico apresentam níveis de melhoria mais baixos do que as cristãs e do ponto de vista de quantidade, são em menor número. Relativamente às participantes muçulmanas, mais mulheres recorreram ao tratamento tradicional e algumas ao da biomedicina. Os princípios da religião islâmica parecem ser mais condicionadores dos processos de aculturação e, consequentemente, é mais aceitável tratar do seu sofrimento através da ida aos médicos tradicionais (curandeiros) inseridos no enquadramento islamizado. Podemos colocar como hipótese que, de acordo com a "filosofia" dos curandeiros, estes não sentem tanta necessidade de ouvir profundamente as causas ou os sintomas que desencadeiam o sofrimento das mulheres, o seu interesse estará mais centrado no restabelecimento do equilíbrio social institucionalmente estabelecido.

Na segunda avaliação, após o tratamento, no grupo que recorreu à medicina tradicional, apesar de apresentar uma melhoria, os níveis de depressão são mais elevados do que os que recorreram ao biomédico e ao psicológico, ultrapassando mesmo quem optou nesta relação entre componentes socioculturais por não ter qualquer tratamento. Uma explicação que consideramos plausível para as melhorias verificadas poderá ser de cariz relacional. A existência de técnicos (enfermeiros e psicólogos) com competências a nível do aconselhamento pode ter sido um contributo valioso neste processo. Sabemos pela observação direta e pelo acompanhamento das famílias envolvidas, que houve uma melhoria na relação das mulheres da nossa amostra com os maridos e familiares. Sublinha-se que as participantes que recorreram aos tratamentos tradicionais, embora estes coerentes com a sua cosmovisão, são as que na segunda avaliação apresentaram valores mais baixos na melhoria. Olhando para a depressão como um resultado de desajustes socioculturais, pode-se dizer que tanto dentro como fora do grupo cultural há formas de apoio que potencializam o caminho para a cura. As terapias tradicionais não parece resolverem a depressão, mas funcionam como um reestabelecimento de laços culturais que tinham sido quebrados, trazendo paz e tranquilidade ao indivíduo e familiares, não pela prática curativa, mas pelo significado cultural e simbólico.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bastos, C., & Levy, T. (1987). Aspirinas, palavras e cruzes: Práticas médicas vistas pela Antropologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, *23*, 221-232.

Collomb, H. (1975). Histoire de la psychiatrie en Afrique noire francophone. *African Journal of Psychiatry*, *2*, 87-115.

De Jong, J. T. V. M. (1988). O irã, o fulano e a doença. *Soronda. Revista de Estudos Guineenses, 5*, 3-28.

Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness* (5ª ed.). London: Hodder Education.

Kirmayer, L. J., & Jarvis, G. E. (2005). Depression across cultures. In D. Stein, A. Schatzberg, & D. Kupfer (Eds.), *Textbook of mood disorders* (pp. 611-629). Washington: American Psychiatric Press.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives.* New York: Basic Books.

Kleinman, A., & Good, B. (1985). *Culture and depression*. University of California Press.

Malinowski, B. (2006). *La paternité dans la psychologie primitive*. (S. L.). L'Ecluse d'aval.

Okello, E. S., & Ekblad, S. (2006). Lay concepts of depression among the Baganda of Uganda: A Pilot Study. *Transcultural Psychiatry*, *43*(2), 287-313.

OMS. (2015). Retirado de www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ Fact sheet N°369, October 2015, consultado (4-1-2015)

OMS. (2008). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Uma perspectiva global (Coord. da versão portuguesa: Prof. Doutor Caldas de Almeida). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Watters, E. (2010). *The globalization of the American psyche*. New York: Free Press.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Percepção de risco cardiovascular em universitários na cidade de Manaus

NAZARÉ MARIA DE ALBUQUERQUE HAYASIDA (*)
RICARDO GORAYEB (**)
ISIS GABRIELA SANTOS LEMOS (*)
SILVIA MARIA CURY ISMAEL (***)

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de mortes no século XXI. Em 2008, 63% das 57 milhões de mortes no mundo foram causadas por DCNT, sendo 48% por doenças cardiovasculares (World Health Organization, 2012). Para o ano de 2020, as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que as mortes por DCNT corresponderão a 73% dos óbitos no mundo (Silva, Cotta, & Rosa, 2013). No Brasil, em 2009, as doenças cardiovasculares (DCV) foram responsáveis por 31,3% das mortes causadas por DCNT (Brasil, 2010). O impacto econômico gerado pelo conjunto destas enfermidades é grande, e no Brasil os custos correspondem a cerca de 1,7% do produto interno bruto (PIB) nacional (Balbinotto, Neto, & da Silva, 2008; Azambuja, Foppa, Maranhão, & Achutti, 2008).

O impacto das despesas diretas das DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo é crescente. Estima-se para a economia brasileira, que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar têm como um dos fatores de contribuição o desenvolvimento das DCNT: diabetes, DCV e acidente vascular encefálico (AVE), as quais gerarão um custo de US$4,18 bilhões até 2015 (Abegunde, Adam, Ortega, & Strong, 2007; Goulart, 2011). Embora as DCNT sejam graves e sua incidência tenha aumentado, grande parte dessas doenças poderiam ser evitadas (Silva, Cotta, & Rosa, 2013). A exemplo disso temos as DCNT mais frequentes (doença cardiovascular, diabetes e câncer) que compartilham vários fatores de risco (FR) modificáveis. Para tanto, a OMS (2012) propôs uma abordagem de prevenção e controle integrados, com enfoque em todas as idades e baseada na redução dos seguintes problemas: hipertensão arterial (HAS), tabagismo, uso indiscriminado de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia (Pan American Health Organization, 2007).

De acordo com a OMS (2012), no mundo há uma perspectiva de que a exposição a Fatores de Risco Cardiovascular (FRC) levará a 36 milhões de mortes prematuras até o ano

(*) Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas − UFAM, Manaus, Amazonas, Brasil.
(**) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo − USP, Ribeirão Preto, Brasil.
(***) Hospital do Coração Associação do Sanatório Sírio − Hcor, Brasil.

de 2015, principalmente em países em desenvolvimento que, ao contrário dos desenvolvidos, contam com uma população jovem, com frequentes complicações e mortes precoces.

A tendência precoce do desenvolvimento de DCV tem sido alvo de questionamentos e pesquisas. Foi avaliado o comportamento saudável em jovens adultos[1] no Brasil e constataram que apenas 8% eram saudáveis (Barreto, Passos, & Giatti, 2009). Dentre os FRC avaliados, estavam inclusos ausência de práticas de atividades físicas, alimentação inadequada e dependência de álcool e fumo. Através da quantificação dos FRC em jovens adultos pode-se identificar o nível de suscetibilidade dos mesmos a desenvolver DCV, assim como contribuir para estratégias focadas na promoção e prevenção da saúde cardiovascular (Gomes et al., 2012).

Um conceito importante na área da Psicologia, que pode auxiliar na compreensão de padrões comportamentais relacionados à saúde é o de Locus de Controle (LC). Segundo Rodrigues (2007), a definição de LC é proveniente dos estudos de Heider que em 1958 fez menção aos antecedentes causais das condutas manifestadas. Dessa forma, surgiu a proposta de que nossas ações são decorrentes de causalidade pessoal, ou seja, quando o próprio indivíduo é responsável pela ação e também pela causalidade impessoal, quando o indivíduo atribui a responsabilidade da ação a outrem, que não a ele próprio. Salientou ainda, que Kelley (1967) através do conceito da tendenciosidade trabalhou com a inclinação para fazermos atribuições internas aos nossos comportamentos positivos, e de fazermos atribuições externas aos nossos comportamentos negativos a partir de outras pessoas. Porém, somente em 1966, através de Rotter, surgiu o termo *Locus* de Controle (LC), o qual se refere à expectativa em relação às contingências dos nossos próprios comportamentos e eventos, diferenciando-se da teoria da atribuição da causalidade. Para este autor o LC é unidimensional e bipolar, possuindo em suas extremidades, de um lado a internalidade e do outro a externalidade.

O desenvolvimento da escala multidimensional de LC da saúde permitiu verificar que dimensões de controle que mais se relacionavam aos problemas específicos de saúde, se interno (percepção de que o sujeito controla e é responsável pela própria saúde), externo-outros poderosos (percepção de que os profissionais de saúde ou a família detêm o controle da saúde do indivíduo) ou externo-acaso (percepção de que a saúde depende do acaso, sorte ou destino) (Rodrígues-Rosero, Ferriani, & Dela Coleta, 2002). A Escala de *Locus* de Controle da Saúde (LCS), traduzida e validada para uso no Brasil por Dela Coleta (1987), compreende três dimensões: Internalidade, Outros Poderosos (externalidade, atribuição a outrem) e Acaso/Sorte.

Desta forma, este estudo teve como objetivo determinar a incidência dos fatores de risco cardiovascular em universitários, descrever o perfil sociodemográfico, identificar os fatores de risco para as DCV e analisar a percepção de risco para DCV em jovens universitários através da Escala de Lócus de controle da saúde (ELCS).

[1] Jovens Adultos − Denominação usada conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), entre 20-30 anos, no âmbito da saúde do adolescente e do jovem adulto.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo transversal, descritivo-quantitativo, caracterizado por um levantamento das informações a respeito dos FR para DCV e percepção de risco, na amostra selecionada.

Participantes

Participaram no estudo 250 alunos do universo de 29.889 matriculados nos cursos de graduação da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, na faixa etária entre 20 a 30 anos. Após esclarecimento, e leitura do consentimento informado (TCLE), estes acederam participar no estudo, formalizando a sua vontade por escrito. Optou-se pelo método de amostragem estratificada por conveniência, considerando-se como estratos as áreas de conhecimento: Ciências Humanas (Psicologia), Ciências Exatas (Arquitetura), Ciências Biológicas (Enfermagem) e Ciências Agrárias (Engenharia de Alimentos). A amostra contou com um curso de cada área de conhecimento, de acordo com a disponibilidade e o aceite das coordenações dos cursos em participar da pesquisa.

Material

O material foi composto por um questionário para a coleta de informações sociais e demográficas, ocupacionais, clínicas e de conhecimento a respeito dos FR, para fins de descrição da amostra e correlação dos dados com as demais variáveis. Além desse instrumento, utilizou-se a Escala Multidimensional de *Locus* de Controle da Saúde (Dela Coleta, 1987) composta por três domínios, sendo que cada domínio contém seis questões: Internalidade para a saúde avalia o quanto a pessoa acredita que ela própria controla seu estado e saúde; Externalidade-outros poderosos para a saúde avalia o quanto a pessoa acredita que pessoas poderosas controlam seu estado de saúde; e, Externalidade-acaso avalia o quanto a pessoa acredita que o acaso controla sua saúde. As respostas são dadas em escala tipo *Likert*, com cinco níveis: concordo totalmente, concordo em parte, indeciso, discordo em parte ou discordo totalmente e os valores são respectivamente 5, 4, 3, 2, 1. O resultado é obtido através do somatório dos valores das respostas escolhidas em cada questão dos domínios e indica o grau em que o sujeito acredita que ele próprio, outros poderosos e o acaso controlam seu estado de saúde. Os escores variam de 6 a 30 e quanto mais alto o valor, maior é a crença naquele domínio.

Procedimento

Este estudo é parte de um projeto maior que realiza a "Análise dos fatores de risco cardiovascular em universitários da cidade de Manaus", financiada pelo Centro de

Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (Chamada Universal – McTI/CNPq nº 14/2013).

Após submissão e aprovação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Protocolo CAEE no. 34983814.0.0000.5020, foi realizado contato com a instituição junto à Reitoria para iniciar o estudo. Fez-se agendamento para aplicação dos instrumentos junto ao responsável pelas Unidades de Ensino, em dia e horário definido por este, através de Carta de solicitação.

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma coletiva em sala de aula, onde os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e orientados sobre o modo de preenchimento dos instrumentos. Foram apresentados o Questionário sociodemográfico, e a Escala LCS. A aplicação dos instrumentos foi realizada em regime de autoaplicação (as instruções, apresentadas por escrito), em média, 40 minutos foram necessários para a participação no presente estudo. Foi calculada uma amostragem aleatória, os dados foram inicialmente tratados por uma estatística descritiva e gráfica. Foi adotado um percentual de 50% (p=50% e q=50%), haja vista que esse valor proporciona um tamanho máximo de amostra quando fixados o nível de significância (α=0,05) e o erro amostral relativo de 5%.

Após verificação da normalidade da distribuição, recorreu-se ao teste paramétrico do coeficiente de correlação de *Pearson* e, posteriormente à análise de regressão múltipla. Para fins de constatação sobre quais médias das dimensões estudadas são significamente diferentes entre si, realizou-se um teste de Tukey que retornou intervalos de confianças com níveis de 95%. Utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences, SPSS 20 para Windows.

RESULTADOS

Observa-se no Quadro 1, as principais frequências de ocorrência, houve predomínio do sexo feminino (71,6%), faixa etária 18-24 anos (82%), estado civil solteiro (90,4%), não empregados (76,3%), que não possuem mais de 1 emprego (90,1%), férias do trabalho 1 vez ao ano (44,6%), renda de 5 a 8 SMM (salários mínimos de R$788,00) (41,6%), religião católica (50%), praticante (59,5%). Os dados corroboram com os de Petribú, Cabral e Arruda (2009), assim como os de Barreto, Passos e Giatti (2009) que em suas amostras, obtiveram frequência maior no sexo feminino 61,6% e 50,8%, respectivamente, assim como Martins (2013) que apresentou 75% em seu estudo.

No Quadro 2 mostra o total de alunos por curso que pratica e não pratica atividade física, sendo que houve predomínio de sedentarismo entre os alunos do curso de Enfermagem (18%), seguindo-se do curso de Arquitetura (16%). É possível observar que os cursos de Psicologia (12%) e de Engenharia de alimentos (12,8%) possuem diminuição nas porcentagens de respostas sobre não praticar atividades esportivas.

Quadro 1

Variáveis sóciodemográficas, a partir da avaliação de universitários da UFAM

	Psi		Enf		Arq		Eng			
Variável	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	Total	%
Sexo										
Masculino	16	6,4	12	4,8	25	10	18	7,2	71	28,4
Feminino	41	16,4	73	29,2	33	13,2	32	12,8	179	71,6
Total	57	22,8	85	34	58	23,2	50	20	250	100
Idade										
18-24	43	17,2	58	23,2	56	22,4	48	19,2	205	82
25-30	14	5,6	27	10,8	2	0,8	2	0,8	45	18
Total	57	22,8	85	34	58	23,2	50	20	250	100
Estado civil										
Solteiro	50	20	72	28,8	55	22	49	19,6	226	90,4
Casado	6	2,4	12	4,8	3	1,2	1	4	22	8,8
Divorciado	1	4	1	4	0	0	0	0	2	0,8
Total	57	22,8	85	34	57	23,2	50	20	250	100
Emprego										
Sim	30	12	18	7,2	8	3,2	3	1,2	59	23,69
Não	27	10,8	66	26,5	50	20,1	47	18,9	190	76,3
Total	57	22,9	84	33,7	58	23,3	50	20,1	249	100
Mais de 1 emprego										
Sim	12	5,2	7	3	4	1,7	0	0	23	9,87
Não	38	16,3	68	29,2	54	23,2	50	21,5	210	90,12
Total	50	0,215	75	32,2	58	24,9	50	21,5	233	100
Férias do Trabalho										
Nunca	5	4,5	17	15,2	8	7,1	1	0,9	31	27,67
1 vez por ano	9	8	6	5,4	34	30,4	1	0,9	50	44,64
2 vezes por ano	4	3,6	6	5,4	4	3,6	0	0	14	12,5
3 ou mais por ano	5	4,5	6	5,4	6	5,4	0	0	17	15,17
Total	31	27,7	50	44,6	14	12,5	17	15,2	112	100
Renda										
<2 SMM	3	12	11	4,4	0	0	5	2	19	7,6
2 a 4 SMM	14	5,6	10	4	12	22,2	18	7,2	54	21,6
5 a 8 SMM	19	7,6	47	18,8	22	21,2	16	6,4	104	41,6
>=9 SMM	11	4,4	10	4	9	23,7	8	3,2	38	15,2
Não sabe	10	4	7	2,8	15	4,9	3	1,2	35	14
Total	57	22,8	85	34	58	23,2	50	20	250	100
Religião										
Católica	22	10,2	41	19	19	8,8	26	12	108	50
Protestantes e outros										
Cristãos	17	7,9	35	16,2	14	6,5	15	6,9	81	37,5
Outros	7	3,2	8	3,7	11	5,1	1	0,5	27	12,5
Total	46	21,3	84	38,9	44	20,4	42	19,4	216	100
Prática religiosa										
Praticante	26	10,8	58	24,2	27	11,3	32	13,3	143	59,5
Não-praticante	29	12,1	24	10	26	10,8	18	7,5	97	40,41
Total	55	22,9	82	34,2	53	22,1	50	20,8	240	100

Quadro 2

Frequência do FRC Sedentarismo entre universitários da UFAM

	Atividade Física					
	n	%	*n*	%	*n*	%
Curso	Pratica	Pratica	Não Pratica	Não Pratica	Total	Total
Psicologia	27	10,8	30	12,0	57	22,8
Enfermagem	40	16,0	45	18,0	85	34
Arquitetura	18	7,2	40	16,0	58	23,2
Engenharia de alimentos	18	7,2	32	12,8	50	20,0
Total	103	41,2	147	58,8	250	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

Encontram-se as frequências do IMC aferido nos alunos no Quadro 3, com dados similares quanto a obesidade, para os cursos de Enfermagem (1,2%), Arquitetura e Engenharia de alimentos (1,2%), e de sobrepeso destacam-se para o curso de Engenharia de alimentos (32,7%) seguidos do curso de Psicologia (30,6%).

Quadro 3

Índice de Massa Corpórea (IMC) Obesidade entre universitários da UFAM

	IMC									
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Curso	Baixo Peso		Normal		Sobrepeso		Obeso		Total	
Psicologia	6	12,2	28	57,1	15	30,6	2	0,8	49	100
Enfermagem	5	6,0	55	65,5	24	28,6	3	1,2	84	100
Arquitetura	5	8,6	45	77,6	8	13,8	3	1,2	58	100
Engenharia de alimentos	5	10,2	28	57,1	16	32,7	3	1,2	49	100
Total	21	8,8	156	65	63	26,3	11	4,4	240	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

No Quadro 4, destaca-se a frequencia de alunos que afirmaram possuir diabetes, com predomínio nos cursos de Psicologia e Enfermagem que apresentaram 0,8%, sendo que não houve FR diabetes nos cursos de Arquitetura e Engenharia de alimentos. Verificou-se que a frequência de HAS entre universitários no curso de Psicologia foi representada por 0,4% da população estudada. Os respondentes dos cursos de Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de alimentos não apresentam o FR de HAS. A porcentagem de hipercolesterolemia é igual nos cursos de Psicologia e Enfermagem (4%), seguidos de 3,6% para o curso de Engenharia de alimentos, e 2,8% para o curso de Arquitetura. Estes dados devem ser confrontados com os FR obesidade, diabetes *mellitus* e HAS.

Quadro 4

Frequência dos FRC Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Hipercolesterolemia entre universitários da UFAM

	DM		HAS		Hipercolesterolemia	
Curso	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psicologia	2	0,8	1	0,4	10	4
Enfermagem	2	0,8	0	0	10	4
Arquitetura	0	0	0	0	7	2,8
Engenharia de alimentos	0	0	0	0	9	3,6
Total	4	1,6	1	0,4	36	14,4

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

No Quadro 5, destaca-se a maior freqüência de histórico familiar para diabetes no curso de Enfermagem (19,6%), sendo que 48% do total de alunos analisados possuem hereditariedade para essa doença.

Quadro 5

Frequencia do FRC Herança Familiar para Diabetes entre universitários da UFAM

	Família-Diabetes					
	Sim		Não		Total	
Curso	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psicologia	23	9,2	34	13,6	57	22,8
Enfermagem	49	19,6	36	14,4	85	34
Arquitetura	25	10	33	13,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	23	9,2	27	10,8	50	20
Total	120	48	130	52	250	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

De acordo com o exposto no Quadro 6, houve predomínio de hereditariedade para HAS no curso de Enfermagem (24,8%), com destaque para o total de 58,4% nos cursos analisados.

O Quadro 7 mostra o predomínio de histórico familiar para obesidade, constatada no curso de Enfermagem (12%), compreendendo-se que 28% dos universitários relatam ter fator de risco para essa doença.

No que diz respeito ao Quadro 8 observa-se maior frequência de alunos com histórico familiar para hipercolesterolemia no curso de Enfermagem (18%), sendo que do total de alunos analisados, 48,8% possuem familiares acometidos por essa doença.

Quadro 6

Frequência do FRC Herança Familiar para hipertensão arterial (HAS) entre universitários da UFAM

	Família-HAS					
	Sim		Não		Total	
Curso	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psicologia	29	11,6	28	11,2	57	22,8
Enfermagem	62	24,8	23	9,2	85	34
Arquitetura	30	12	28	11,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	25	10	25	10	50	20
Total	146	58,4	104	41,6	250	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

Quadro 7

Frequência do FRC Herança Familiar para Obesidade entre universitários da UFAM

	Família-Obesidade					
	Sim		Não		Total	
Curso	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psicologia	12	4,8	45	18	57	22,8
Enfermagem	30	12	55	22	85	34
Arquitetura	15	6	43	17,2	58	23,2
Engenharia de alimentos	13	5,2	37	14,8	50	20
Total	70	28	180	72	250	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

Quadro 8

Frequência do FRC Herança Familiar para hipercolesterolemia entre universitários da UFAM

	Família-Hipercolesterolemia					
	Sim		Não		Total	
Curso	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Psicologia	21	8,4	36	14,4	57	22,8
Enfermagem	45	18	40	16	85	34
Arquitetura	32	12,8	26	10,4	58	23,2
Engenharia de alimentos	24	9,6	26	10,4	50	20
Total	122	48,8	128	51,2	250	100

Nota. n=frequência; %=porcentagem.

Análise dos dados relativos à Escala Multidimensional de Locus de Controle da Saúde

Os dados quantitativos relativos ao indicador da percepção pessoal sobre quem ou o quê controla a saúde dos universitários são apresentados no Quadro 9. Inicialmente, apresenta-se a estatística descritiva, com informações sobre médias e desvios padrão da população estudada.

Quadro 9

Locus de Controle da Saúde nos cursos de Psicologia, Enfermagem, Arquitetura e Engenharia de alimentos (n=250)

Psicologia			
Dimensões	*n*	*M*	*DP*
Internalidade	57	21,73	2,97
Outros Poderosos	57	17,14	3,55
Externalidade	57	12,56	3,99
Enfermagem			
Dimensões	*n*	*M*	*DP*
Internalidade	85	22,25	3,58
Outros Poderosos	85	17,3	4,21
Externalidade	85	11,94	3,9
Arquitetura			
Dimensões	*n*	*M*	*DP*
Internalidade	58	21,96	4,33
Outros Poderosos	58	16,25	3,78
Externalidade	58	12,46	3,93
Engenharia de Alimentos			
Dimensões	*n*	*M*	*DP*
Internalidade	50	22,4	3,9
Outros Poderosos	50	18,52	4,6
Externalidade	50	12,78	4,14

Nota. n=frequência.

No curso de Psicologia a distribuição dentro da amostra é normal em cada uma das dimensões. Houve maior frequência da dimensão internalidade que apresentou *M*=21,73 com *DP*=52,97, o que indica o grau em que os alunos desse curso acreditam que eles próprios controlam sua saúde. Houve diferença entre os escores obtidos nas dimensões para o curso de psicologia [$F(1,108)=104,16$; $p<0,01$].

No curso de Enfermagem, todas as dimensões diferiram entre si e a dimensão internalidade teve predomínio com *M*=22,25 e *DP*=17,31 apontando que em relação ao que esses alunos pensam e fazem sobre sua saúde, a atribuição é relacionada em sua maioria a

si mesmos. Sendo que somente a dimensão externalidade não apresentou distribuição normal, sendo então submetida ao teste não paramétrico (Friedman). Houve diferença entre as dimensões para o curso de enfermagem (Friedman $p<0,01$).

As amostras de estudantes do curso de Arquitetura apresenta-se com distribuição normal. Todas as dimensões foram diferentes entre si e a dimensão internalidade teve maior frequencia com $M=21,96$ e $DP=4,33$. Houve diferença entre as dimensões no curso de arquitetura [$F(1,106)=74,12$; $p<0,01$].

A distribuição das dimensões para o curso de Engenharia de alimentos é normal. As dimensões mostraram diferença entre si, sendo a internalidade predominante com $M=22,4$ e $DP=3,9$. Houve diferença entre as dimensões para o curso de Engenharia de alimentos [$F(1,95)=75,69$; $p<0,01$].

DISCUSSÃO

No que se refere aos FR não modificáveis a herança familiar positiva para DCV, a HAS apresentou maior freqüência (58,4%), seguida de hipercolesterolemia (48,8%), diabetes (48%) e obesidade (28%) na amostra selecionada, consoantes com outras investigações (Gomes et al., 2012; Petribú, Cabral & Arruda, 2009). O conteúdo de maior relevância desta análise está nos aspectos modificáveis, por se inserir neste âmbito o estilo de vida (Borba, Lemos, & Hayasida, 2015). Todavia, os aspectos não modificáveis serão mencionados devido ao sinergismo entre FR que são cruciais na manifestação da DCV. A HAS contribui para o seguimento de complicações vasculares e de cardiopatia. Além disso, na presença dessas enfermidades crônicas associadas ao diabetes, faz-se necessário no futuro o uso de medicamentos como diuréticos, que podem reduzir a secreção de insulina, diminuir o nível plasmático de potássio e os teores de triglicerídeos e colesterol (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014). Considerações a respeito do sobrepeso devem ser direcionadas à alimentação saudável, apontando para a necessidade de reeducação alimentar e não dietas restritivas. Considera-se a dieta como a primeira conduta, pois funciona como o principal fator de proteção dentro dos fatores modificáveis.

No que concerne ao instrumento LCS, esses dados revelaram que em relação ao que pensam e fazem sobre a sua própria saúde, atribuem a responsabilidade a si mesmo. Para que o autocuidado tenha sucesso é necessário perceber as próprias necessidades, ou seja, indagar-se sobre o que é realmente preciso ter no estilo de vida para manter a saúde (Borba, Lemos, & Hayasida, 2015). A percepção do indivíduo sobre o risco a ser enfrentado, é um fator importante que influencia na reação para a busca de melhorias. A partir deste ponto, há possibilidade de harmonizar a saúde com o viver do cotidiano. Algumas pessoas que acreditam que o seu lócus é interno, baseiam-se que os resultados, bons ou ruins, ocorrem em função de algo que fizeram ou que eventualmente deixaram de fazer. Portanto culpam-se pelos fracassos e assumem atitudes pelo sucesso (Guerra, 2010). O controle interno tem

sido importante para os cuidados de saúde, na adoção de comportamentos de saúde (redução do peso excessivo, controle de HAS, práticas de atividades físicas), sendo uma variável significativa para o desenvolvimento de programas de intervenção na promoção da saúde e na prevenção da doença (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2014).

Estima-se que o objetivo mais amplo do presente trabalho, que foi determinar a incidência dos FR cardiovascular e a percepção de risco em estudantes universitários, tenha sido alcançado. Porém, como qualquer outra pesquisa, esta também não está isenta de apresentar limitações potenciais.

Houve limitações quanto à amostra, apesar de ser representativa da população, não foi probabilística, restringindo assim quaisquer possibilidades de generalizações, mesmo para o universo populacional do qual foram retiradas. As pessoas foram selecionadas por conveniência. Outro ponto que necessita de cuidado compreende o uso de instrumentos de autorrelato. É possível que esta ferramenta de pesquisa implique em algumas desvantagens ou vieses, haja vista que o respondente pode falsear o conteúdo relatado, diferindo do que seriam realmente seus comportamentos (Cozby, 2003). Além disso, deve-se salientar que o tipo de questionário aplicado e modalidade de coleta de dados, não dispuseram ao pesquisador o controle direto do contexto de aplicação e do padrão de respostas dos participantes. Assim serão relevantes futuros estudos que envolvam outros cursos, outras instituições acadêmicas, com maior tamanho amostral.

Salienta-se que a detecção precoce da presença de FR no jovem adulto possibilita o planejamento e a implementação de programas intervencionistas preventivos direcionados à redução da probabilidade de manifestação das DCV no futuro. Neste sentido, o presente empreendimento científico parece representar uma contribuição à área, favorecendo uma aproximação mais adequada entre os construtos sobre FR para doenças cardíacas.

REFERÊNCIAS

Abegunde, D. O., Mathers, C. D., Adam, T., Ortegon, M., & Strong, K. (2007). The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, *370*(9603), 1929-1938.

Azambuja, M. I. R., Foppa, M., Maranhão, M. F. C., & Achutti, A. C. (2008). Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: Uma estimativa baseada em casos secundários. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 91*(3), 163-171.

Balbinotto, N. G., & Silva, E. N. (2008). Os custos da doença cardiovscular no Brasil: Um breve comentário econômico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 91*(4), 217-218.

Barreto, S. M., Passos, V. M. A., & Giatti, L. (2009). Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Revista Saúde Pública*, *43*(2), 9-17.

Borba, C. S., Lemos I. G. S., & Hayasida, N. M. A. (2015). Epidemiologia e fatores de risco cardiovasculares em jovens adultos: Revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, 3*(1), 51-60.

Brasil. (2010). Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 capitais Brasileiras; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lucio Garcia de Oliveira – Brasília: SENAD, 284 pp. (Textos em Saúde).

Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.

Dela Coleta, M. F. (1987). Escala multidimensional de *locus* de controle de Levenson. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*, *39*(2), 79-97.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2009-2014). *Pocket Book*. Rio de Janeiro: SBC Tecnologia da Informação e Comunicação, Núcleo Interno de Publicação.

Gomes, E. B., Moreira, T. M. M., Pereira, H. C. V., Sales, I. B., Lima, F. E. T., Freitas, C. H. A., & Rodrigues, D. P. (2012). Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *65*(4), 594-600.

Goulart, F. A. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO. Retirado de http://apsredes.org/-site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-cronicas_flavio1.pdf. Acesso em 6 de abril de 2014.

Guerra, A. C. X. (2010). *Impacto do locus de controle e estratégias de copping em doentes com dor crônica* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Filosofia de Braga, Rio de Janeiro, Brasil.

Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Org.), Nebraska *Symposium on Motivation*, 15 (pp. 192-238). Lincoln: University of Nebraska Press.

Martins, N. S. (2013). *Avaliação dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e adultos jovens do Distrito Federal* (Dissertação de Mestrado em Saúde). Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Organização Mundial de Saúde (OMS), & Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2012). *Prevenção de doenças crônicas um investimento vital.* Retirado de http://www.transdoreso.org/pdf/prevencao_doenca_cronica.pdf. Acesso em 3 de março de 2013.

Pan American Health Organization (PAHO). (2007). *Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas*. Washington:

PAHO. Retirado de http://www.bvsde.paho. org/texcom/nutricion/reg-strat-cncdspt.pdf. Acesso em 3 de março de 2013.

Petribú, M. M. V., Cabral, P. C., & Arruda, I. K. G. (2009). Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: Um estudo em universitários. *Revista de Nutrição*, *22*(6), 837-846.

Rodrigues, D. M. (2007). *Os aspectos cognitivos da qualidade de vida: Um estudo entre as variáveis do locus de controle e as do bem-estar subjetivo* (Tese de Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Rodrígues-Rosero, J. E., Ferriani, M. G. C., & Dela Coleta, M. F. (2002). Escala de *locus* de controle da saúde – MHLC: Estudos de validação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, *10*(2), 179-184.

Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1) (Whole No. 609).

Silva, L. S., Cotta, R. M. M., & Rosa, C. O. B. (2013). Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: Revisão sistemática. *Revista Panamericana Salud Pública*, *34*(5), 343-350.

World Health Organization. *Revised [third] WHO discussion paper on the development of a comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of NCDs*. Published July 2012. Retirado de http://www.who.int/nmh/events/2012/ncd_discussion_paper/en/index.html. Acesso em 4 de agosto de 2012.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Conhecimentos e atitudes sobre as perturbações do espetro do autismo

P. SILVESTRE (*)
M. S. LEMOS (*)

As perturbações do espetro do autismo (PEA) são definidas como perturbações neurológicas do desenvolvimento que se manifestam através de várias combinações possíveis de sintomas, ao longo de um espectro de maior ou menos gravidade. As PEA apresentam como principais caraterísticas de diagnóstico défices persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos (incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações) e padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades (American Psychiatric Association, 2013).

Não havendo nenhum marcador biológico específico para identificar as PEA, estas são identificadas através dos comportamentos clinicamente observáveis. Assim sendo, é impreterível que as pessoas tenham conhecimentos corretos acerca destas perturbações para que saibam identificar corretamente estes sinais o mais cedo possível e consequentemente procurar ajuda médica atempadamente, uma vez que todos os estudos realizados sobre a intervenção nas PEA indicam que quanto mais cedo começar a intervenção melhores resultados se obterão. Ora, como a intervenção precoce só pode ser realizada se o diagnóstico for ele também precoce os pais e educadoras estão numa posição privilegiada para identificar os primeiros sinais da perturbação dada a proximidade, continuidade e natureza da sua relação com crianças pequenas, o que não acontece por exemplo no caso dos cuidadores da área da saúde.

Os primeiros anos de vida são, inegavelmente, sensíveis às influências ambientais e à intervenção (Ramey & Ramey, 1998). Se, por um lado, para as crianças consideradas em risco de atraso desenvolvimental devido a ambientes pobres a intervenção precoce visa evitar que esses atrasos ocorram, por outro lado para uma criança diagnosticada com uma perturbação de desenvolvimento, a intervenção precoce é planeada para fornecer o tratamento adequado para essa perturbação bem como prevenção contra o desenvolvimento de défices secundários enquanto o cérebro está ainda em processo de maturação (Crane & Winsler, 2008). Mais, a intervenção precoce é identicamente essencial para prevenir os efeitos que são causados pelos défices precoces e que poderão certamente interferir com

(*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

aspetos do desenvolvimento mais tardio. Estes efeitos secundários poderão resultar numa «cascata» de problemas, quer a nível do desenvolvimento psicológico como a nível do desenvolvimento neurológico, acabando por tornar o quadro clínico numa situação muito mais grave e de difícil intervenção (Coelho & Aguiar, 2013). Como as PEA se caracterizam pela existência de alterações em diversos domínios, para além do défice central na área da interação social recíproca, salienta-se a importância de iniciar a intervenção em todos os domínios, na fase em que a plasticidade cerebral ainda permite o estabelecimento de competências, ou pilares desenvolvimentais básicos, sobre os quais assentam, em grande parte, as possibilidades de desenvolvimento posteriores. Para além disto, a literatura destaca a importância de a intervenção precoce ter um caráter intensivo e sistemático para que os resultados sejam efetivamente verificados (Coelho & Aguiar, 2013). Contudo, tudo isto só é possível havendo um conhecimento correto acerca das PEA.

Assim, é de extrema importância a promoção da consciência pública sobre os sintomas das PEA e o aumento do conhecimento sobre estas problemáticas, não só dos pais mas também das outras pessoas significativas para as crianças, bem como é importante defender as necessidades de todos os indivíduos com PEA o que só é possível se as pessoas próximas dos mesmos tiverem plena consciência das suas caraterísticas (Kopetz & Lee, 2012), incluindo educadores de crianças pois são agentes muito próximos das crianças e que lidam com elas muitas horas do seu dia. Assim, é importante que também eles tenham consciência dos sintomas das PEA para que possam alertar precocemente para a iminência de ocorrência de uma destas perturbações.

No que diz respeito às atitudes das pessoas face às PEA, destaca-se a importância das pessoas terem conhecimento sobre estas perturbações que vá além das crenças e valores transmitidos socialmente pois estes poderão conduzir a conceções erradas acerca destas perturbações. Ora, quanto mais e melhor informadas estiverem as pessoas sobre as PEA, mais favoráveis serão as suas atitudes para com os indivíduos com estas perturbações. Esta dependência entre os conhecimentos e as atitudes constitui um ponto importante na educação para a saúde, sendo que o papel da educação para a saúde é de influenciar positivamente, através de um processo educativo, o comportamento das pessoas e as suas atitudes, aumentando os seus conhecimentos e habilidades (WHO, 2012).

Assim, este estudo pretende avaliar a consciência/conhecimento dos educadores de infância e pais sobre os marcadores desta perturbação, oferecendo assim informação baseada em evidência empírica que possa apoiar o planeamento de ações concertadas junto dos alvos identificados como elementos-chave para a deteção e diagnóstico precoce. Para além disso, pretende-se também avaliar as suas atitudes face a este tipo de perturbações, visando promover atitudes inclusivas e promotoras do desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas com PEA.

O objetivo geral deste estudo é avaliar o conhecimento e atitudes de pais e educadoras de infância sobre as perturbações do espetro do autismo. Mais especificamente, este estudo tem como objetivo avaliar as crenças e o conhecimento de educadoras de infância e pais sobre os marcadores precoces das perturbações do espetro do autismo, a fim de obter evidência empírica que permita apoiar o planeamento de ações concertadas junto dos alvos

identificados como elementos-chave para a deteção e diagnóstico destas perturbações. Para além disso, pretende-se avaliar atitudes face a este tipo de perturbações cujo conhecimento pode oferecer pistas para a inclusão e e qualidade de vida das pessoas com PEA.

Um terceiro objetivo é analisar as relações entre os conhecimentos dos participantes do estudo, as suas crenças e as suas atitudes. A hipótese é de que quanto melhor o conhecimento das pessoas sobre estas perturbações, e mais corretas as suas crenças, mais favoráveis e inclusivas serão as atitudes gerais para com os indivíduos com a mesma.

Por último, este estudo objetiva compreender se as crenças, os conhecimentos e as atitudes variam em função de certas caraterísticas dos sujeitos (sexo, idade, escolaridade, área residencial, pais/educadoras).

O estudo utiliza um método misto, recolhendo e analisando dados quantitativos e qualitativos (estes através de uma pergunta de resposta aberta e de análise de conteúdo).

MÉTODO

Material

A fim de cumprir os objetivos estipulados foi elaborado um questionário. O questionário utilizado foi adaptado a partir de diferentes questionários já existentes, sendo que o recurso a estes questionários deveu-se ao facto de, apesar de todos avaliarem conhecimentos, conceções e atitudes face à PEA, o foco de cada um deles dentro da mesma temática ser diferente, pois cada um aborda questões importantes que os outros não.

Para além das questões adaptadas dos dois questionários mencionados previamente, no instrumento deste estudo foram também formuladas questões adicionais para obter a descrição espontânea dos participantes sobre quais consideram serem as dificuldades e problemas que um indivíduo com PEA enfrenta.

Participantes

A amostra foi constituída por 103 educadoras de infância (idades compreendidas entre 18 e 60 anos) selecionadas aleatoriamente e por 98 mães e pais (idades entre 18 e 53 anos) de crianças entre 0 e 6 anos, recorrendo-se para tal a uma amostragem por bola de neve.

RESULTADOS

Numa primeira análise dos resultados verifica-se que dos participantes, 177 (88,1%) afirmou que já tinha ouvido falar de PEA, enquanto 108 (53,7%) conhece alguém com

PEA. De seguida, os resultados obtidos foram agrupados em três classes: crenças, conhecimentos e atitudes. No que concerne aos conhecimentos sobre as PEA, os sujeitos da amostra demonstram terem conhecimentos corretos em relação a estas perturbações em todos os itens, à exceção do conhecimento em relação ao facto de indivíduos com PEA não serem sociáveis, o que parece um pouco contraditório em relação às crenças mais corretas dos sujeitos. Os sujeitos distribuem-se entre resposta correta, resposta incorreta e "não sei", embora os participantes se posicionem mais nas respostas corretas. Já no que diz respeito às atitudes dos sujeitos estas dividem-se em dois subgrupos: expectativas em relação a indivíduos com PEA e atitudes de inclusão. Em relação ao primeiro subgrupo este diz respeito às profissões que os participantes consideram que pessoas com PEA possam exercer. Assim, no que diz respeito às atitudes de expetativas em relação a indivíduos com PEA, os participantes demonstram terem atitudes mais favoráveis em relação à possibilidade de pessoas com estas perturbações trabalharem como programadores informáticos (44,3%), artistas/músicos (61,7%) ou repositores num supermercado (50,2%), ao contrário das suas atitudes em relação ao desempenho de profissões como Membro da Assembleia ou do Parlamento (6%), Médico (3,5%), Advogado (4%) ou Trabalhador nas obras (19,9%). Nestes itens, os participantes mostraram terem atitudes menos favoráveis. Apenas no item 'empregado de mesa', a atitude dos participantes está dividida de forma mais uniforme pela escala. O segundo subgrupo diz respeito às atitudes de inclusão dos participantes em relação a indivíduos com PEA e é possível distinguir duas questões: proximidade de pessoas com PEA e posição face à inclusão de uma pessoa com PEA como funcionária de um supermercado. Neste subgrupo, as pessoas revelam atitudes favoráveis em relação a todos os itens apresentados que dizem respeito à proximidade com indivíduos com PEA, exceto se estes fossem nomeados seus chefes (8%), para o qual os participantes não se mostram tão disponíveis. Em relação à posição dos sujeitos face a uma nova política de contratação de um supermercado, a maioria dos participantes afirma que teriam uma atitude indiferente em relação a comprar nesse supermercado (62,2%), sendo que uma percentagem significativa de participantes demonstra uma atitude muito positiva (31,3%), afirmando que seria mais provável comprar nesse supermercado.

Assim, parece importante perceber como as variáveis se correlacionam e influenciam entre si, para assim obter informação que vá de encontro aos objetivos deste estudo. Salienta-se que não há consistência interna nas escalas das crenças, conhecimentos e atitudes de inclusão, pelo que em vez de se utilizar a média analisou-se cada item que constitui a escala individualmente, à exceção das atitudes de expetativas em relação a pessoas com PEA, a única variável na qual se usou a média, pela sua consistência interna elevada. Pela análise das correlações é possível afirmar que existem correlações significativas fracas entre as crenças, os conhecimentos e as atitudes (à exceção das atitudes de expetativas que não se correlacionam significativamente com os conhecimentos), o que pode indicar que as variáveis se influenciam mutuamente. O objetivo de analisar a relação entre estas três variáveis tendo como base a hipótese de que quanto melhor for o conhecimento das pessoas, mais corretas serão as suas crenças e mais favoráveis serão as suas atitudes em relação a pessoas com PEA. Com isto pretende-se obter informações importantes que permitam planear intervenções relevantes de esclarecimento sobre as PEA,

assumindo que existindo correlações significativas entre variáveis ao intervir numa variável as outras sejam também afetadas. Contudo, as correlações existentes neste estudo não são muito fortes, pelo que será mais eficaz uma intervenção nas três escalas, ao invés de se assumir que a intervenção apenas numa escala terá resultados significativos em todas.

Analisaram-se então as diferenças entre grupos no que diz respeito à idade dos participantes, sexo, nível de escolaridade, estatuto que os participantes representam na amostra (pais e educadoras) e área residencial, sendo que apenas não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito à variável sexo.

Perante a presença de uma pergunta de resposta aberta sobre quais são os problemas e dificuldades que as pessoas consideram que indivíduos com PEA possam ter, foi realizada uma análise de conteúdo. Através da mesma verificou-se que as respostas mais frequentemente dada pelos participantes, no que diz respeito aos problemas e dificuldades de pessoas com PEA, são dificuldades de socialização e também de comunicação. Embora menos frequentemente em comparação aos dois problemas referidos anteriormente, os participantes responderam também dificuldades de atenção, resistência à mudança, dificuldade em manter contacto visual, padrões repetitivos de comportamento, interesses restritos, comportamentos não-verbais de comunicação e problemas de aprendizagem. Os problemas/dificuldades menos referidos, tendo apenas sido referidos uma vez, foram os défices de reciprocidade social e o facto de terem ataques de fúria, categoria da escala de conhecimento do questionário, respondido como agressividade por um participante.

Para além de contabilizar os indicadores corretos referidos pelos participantes, foram tidos também em consideração os indicadores errados mencionados pelos participantes, uma vez que estes mostram conceções erradas que dão pistas importantes para uma intervenção, bem como respostas em que as pessoas evidenciam dificuldades pessoais em relação a pessoas com PEA. Deste modo, as pessoas demonstram ter crenças erradas acerca de pessoas com PEA (p. e. "pessoas com PEA são muito talentosas em ciências e matemática" ou "pessoas com PEA têm muita dificuldade para decorar números e letras"). Para além disso, os participantes evidenciaram dificuldades para interagirem com pessoas com PEA. Estas dificuldades estão muito relacionadas com falta de conhecimento das pessoas e prendem-se maioritariamente com a dificuldade para interagir com pessoas com PEA. Assim, verifica-se a necessidade de consciencializar a população acerca das PEA prende-se com a importância das pessoas estarem informadas para conseguirem identificar sinais de alerta o mais precocemente possível, assente no pressuposto de que quanto mais cedo se reconhecerem os sinais, mais cedo será efetuado o diagnóstico e consequentemente, a intervenção será mais eficaz.

A literatura indica que as educadoras têm um papel muito relevante no reconhecimento das PEA, pois passam muito tempo com as crianças, conseguem observá-las em diferentes contextos e perceber as suas capacidades de interação com pares, comunicação, de comportamento, entre outras. Assim, realça-se a importância deste grupo ter crenças corretas e bons conhecimentos sobre as PEA para que possa chamar a atenção dos pais para sinais de alerta. Apesar dos resultados favoráveis, destaca-se a necessidade de intervir junto deste grupo para aumentar o desempenho do mesmo no que diz respeito ao reconhecimento

destas perturbações e a fim de promover a consciência e as atitudes positivas face a pessoas com PEA. Não obstante, ainda que se verifiquem diferenças entre grupos parece importante intervir junto dos mais variados grupos para desmitificar questões erradas e aumentar a consciência pública sobre estas perturbações.

DISCUSSÃO

Com a realização deste estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos e atitudes de pais e educadoras de infância sobre as PEA, a fim de obter evidências empíricas que contribuíam para a compreensão dos mesmos, visando, como objetivo final, diminuir o fosso que atualmente se verifica entre a possibilidade de detetar os primeiros marcadores de PEA e o diagnóstico formal, uma vez que este fosso temporal acontece muito por consequência da falta de consciência das pessoas próximas das crianças em relação a estas perturbações.

Os resultados indicam que grande parte dos participantes tem conhecimentos e crenças corretos sobre as PEA, bem como atitudes favoráveis. Contudo, há a necessidade de aumentar a consciencialização sobre estas perturbações a fim de promover mais conhecimentos, tanto junto dos pais como das educadoras. Destacam-se as respostas dadas pelos participantes na questão de resposta aberta que demonstram que um grande número de pessoas sabem que indivíduos com PEA têm dificuldades de socialização de comunicação, mas há outras dificuldades e problemas que estes indivíduos podem ter e que pouco foram referidos, pelo que importa informar sobre os mesmos.

Considera-se relevante desenvolver novos trabalhos que incidam no estudo dos conhecimentos e atitudes sobre as PEA em avós de crianças até aos 6 anos, uma vez que os participantes desta amostra com netos eram muito poucos e esta população têm também uma grande proximidade com as crianças durante a primeira infância e é importante que também eles saibam identificar sinais de alerta. Em termos de limitações salienta-se o fato de os questionários que foram respondidos online permitirem aos participantes irem ver informações à internet, o que pode enviesar os resultados que se obtêm, uma vez que alguns conhecimentos demonstrados podem não corresponder à realidade. Mais, embora os resultados não indicarem diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino, parece importante avaliar as diferenças entre pai e mãe, uma vez que a amostra deste estudo era maioritariamente feminina.

Acredita-se que este estudo represente um contributo para a compreensão dos conhecimentos, crenças e atitudes da população acerca de problemáticas importantes como as PEA. Tendo estas perturbações implicações tão marcadas na vida dos sujeitos e de quem está à sua volta, crê-se que este estudo permite planear ações fundamentais de consciencialização sobre as PEA, a fim de promover o conhecimento e as atitudes para que as pessoas saibam identificar corretamente e lidar com estas perturbações.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Coelho, A. M., & Aguiar, A. I. (2013). *Intervenção psicoeducacional integrada nas perturbações do espectro do autismo. Um manual para pais e profissionais.* Porto: Edições Afrontamento, Lda.

Crane, J., & Winsler, A. (2008). Early autism detection – Implications for pediatric practice and public policy. *Journal of Disability Policy Studies, 18*(4), 245-253. doi: 10.1177/1044207307311527

Kopetz, P., & Lee, E. D. (2012). Autism worldwide: Prevalence, perceptions, acceptance, action. *Journal of Social Sciences, 8*, 196-201.

WHO. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies.*

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Conhecimentos e atitudes sobre as perturbações do espetro do autismo

P. SILVESTRE (*)
M. S. LEMOS (*)

As perturbações do espetro do autismo (PEA) são definidas como perturbações neurológicas do desenvolvimento que se manifestam através de várias combinações possíveis de sintomas, ao longo de um espectro de maior ou menos gravidade. As PEA apresentam como principais caraterísticas de diagnóstico défices persistentes na comunicação social e interação social em vários contextos (incluindo défices na reciprocidade social, comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social e habilidades no desenvolvimento, manutenção e compreensão das relações) e padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades (American Psychiatric Association, 2013).

Não havendo nenhum marcador biológico específico para identificar as PEA, estas são identificadas através dos comportamentos clinicamente observáveis. Assim sendo, é impreterível que as pessoas tenham conhecimentos corretos acerca destas perturbações para que saibam identificar corretamente estes sinais o mais cedo possível e consequentemente procurar ajuda médica atempadamente, uma vez que todos os estudos realizados sobre a intervenção nas PEA indicam que quanto mais cedo começar a intervenção melhores resultados se obterão. Ora, como a intervenção precoce só pode ser realizada se o diagnóstico for ele também precoce os pais e educadoras estão numa posição privilegiada para identificar os primeiros sinais da perturbação dada a proximidade, continuidade e natureza da sua relação com crianças pequenas, o que não acontece por exemplo no caso dos cuidadores da área da saúde.

Os primeiros anos de vida são, inegavelmente, sensíveis às influências ambientais e à intervenção (Ramey & Ramey, 1998). Se, por um lado, para as crianças consideradas em risco de atraso desenvolvimental devido a ambientes pobres a intervenção precoce visa evitar que esses atrasos ocorram, por outro lado para uma criança diagnosticada com uma perturbação de desenvolvimento, a intervenção precoce é planeada para fornecer o tratamento adequado para essa perturbação bem como prevenção contra o desenvolvimento de défices secundários enquanto o cérebro está ainda em processo de maturação (Crane & Winsler, 2008). Mais, a intervenção precoce é identicamente essencial para prevenir os efeitos que são causados pelos défices precoces e que poderão certamente interferir com

(*) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

aspetos do desenvolvimento mais tardio. Estes efeitos secundários poderão resultar numa «cascata» de problemas, quer a nível do desenvolvimento psicológico como a nível do desenvolvimento neurológico, acabando por tornar o quadro clínico numa situação muito mais grave e de difícil intervenção (Coelho & Aguiar, 2013). Como as PEA se caracterizam pela existência de alterações em diversos domínios, para além do défice central na área da interação social recíproca, salienta-se a importância de iniciar a intervenção em todos os domínios, na fase em que a plasticidade cerebral ainda permite o estabelecimento de competências, ou pilares desenvolvimentais básicos, sobre os quais assentam, em grande parte, as possibilidades de desenvolvimento posteriores. Para além disto, a literatura destaca a importância de a intervenção precoce ter um caráter intensivo e sistemático para que os resultados sejam efetivamente verificados (Coelho & Aguiar, 2013). Contudo, tudo isto só é possível havendo um conhecimento correto acerca das PEA.

Assim, é de extrema importância a promoção da consciência pública sobre os sintomas das PEA e o aumento do conhecimento sobre estas problemáticas, não só dos pais mas também das outras pessoas significativas para as crianças, bem como é importante defender as necessidades de todos os indivíduos com PEA o que só é possível se as pessoas próximas dos mesmos tiverem plena consciência das suas caraterísticas (Kopetz & Lee, 2012), incluindo educadores de crianças pois são agentes muito próximos das crianças e que lidam com elas muitas horas do seu dia. Assim, é importante que também eles tenham consciência dos sintomas das PEA para que possam alertar precocemente para a iminência de ocorrência de uma destas perturbações.

No que diz respeito às atitudes das pessoas face às PEA, destaca-se a importância das pessoas terem conhecimento sobre estas perturbações que vá além das crenças e valores transmitidos socialmente pois estes poderão conduzir a conceções erradas acerca destas perturbações. Ora, quanto mais e melhor informadas estiverem as pessoas sobre as PEA, mais favoráveis serão as suas atitudes para com os indivíduos com estas perturbações. Esta dependência entre os conhecimentos e as atitudes constitui um ponto importante na educação para a saúde, sendo que o papel da educação para a saúde é de influenciar positivamente, através de um processo educativo, o comportamento das pessoas e as suas atitudes, aumentando os seus conhecimentos e habilidades (WHO, 2012).

Assim, este estudo pretende avaliar a consciência/conhecimento dos educadores de infância e pais sobre os marcadores desta perturbação, oferecendo assim informação baseada em evidência empírica que possa apoiar o planeamento de ações concertadas junto dos alvos identificados como elementos-chave para a deteção e diagnóstico precoce. Para além disso, pretende-se também avaliar as suas atitudes face a este tipo de perturbações, visando promover atitudes inclusivas e promotoras do desenvolvimento e qualidade de vida das pessoas com PEA.

O objetivo geral deste estudo é avaliar o conhecimento e atitudes de pais e educadoras de infância sobre as perturbações do espetro do autismo. Mais especificamente, este estudo tem como objetivo avaliar as crenças e o conhecimento de educadoras de infância e pais sobre os marcadores precoces das perturbações do espetro do autismo, a fim de obter evidência empírica que permita apoiar o planeamento de ações concertadas junto dos alvos

identificados como elementos-chave para a deteção e diagnóstico destas perturbações. Para além disso, pretende-se avaliar atitudes face a este tipo de perturbações cujo conhecimento pode oferecer pistas para a inclusão e e qualidade de vida das pessoas com PEA.

Um terceiro objetivo é analisar as relações entre os conhecimentos dos participantes do estudo, as suas crenças e as suas atitudes. A hipótese é de que quanto melhor o conhecimento das pessoas sobre estas perturbações, e mais corretas as suas crenças, mais favoráveis e inclusivas serão as atitudes gerais para com os indivíduos com a mesma.

Por último, este estudo objetiva compreender se as crenças, os conhecimentos e as atitudes variam em função de certas caraterísticas dos sujeitos (sexo, idade, escolaridade, área residencial, pais/educadoras).

O estudo utiliza um método misto, recolhendo e analisando dados quantitativos e qualitativos (estes através de uma pergunta de resposta aberta e de análise de conteúdo).

MÉTODO

Material

A fim de cumprir os objetivos estipulados foi elaborado um questionário. O questionário utilizado foi adaptado a partir de diferentes questionários já existentes, sendo que o recurso a estes questionários deveu-se ao facto de, apesar de todos avaliarem conhecimentos, conceções e atitudes face à PEA, o foco de cada um deles dentro da mesma temática ser diferente, pois cada um aborda questões importantes que os outros não.

Para além das questões adaptadas dos dois questionários mencionados previamente, no instrumento deste estudo foram também formuladas questões adicionais para obter a descrição espontânea dos participantes sobre quais consideram serem as dificuldades e problemas que um indivíduo com PEA enfrenta.

Participantes

A amostra foi constituída por 103 educadoras de infância (idades compreendidas entre 18 e 60 anos) selecionadas aleatoriamente e por 98 mães e pais (idades entre 18 e 53 anos) de crianças entre 0 e 6 anos, recorrendo-se para tal a uma amostragem por bola de neve.

RESULTADOS

Numa primeira análise dos resultados verifica-se que dos participantes, 177 (88,1%) afirmou que já tinha ouvido falar de PEA, enquanto 108 (53,7%) conhece alguém com

PEA. De seguida, os resultados obtidos foram agrupados em três classes: crenças, conhecimentos e atitudes. No que concerne aos conhecimentos sobre as PEA, os sujeitos da amostra demonstram terem conhecimentos corretos em relação a estas perturbações em todos os itens, à exceção do conhecimento em relação ao facto de indivíduos com PEA não serem sociáveis, o que parece um pouco contraditório em relação às crenças mais corretas dos sujeitos. Os sujeitos distribuem-se entre resposta correta, resposta incorreta e "não sei", embora os participantes se posicionem mais nas respostas corretas. Já no que diz respeito às atitudes dos sujeitos estas dividem-se em dois subgrupos: expectativas em relação a indivíduos com PEA e atitudes de inclusão. Em relação ao primeiro subgrupo este diz respeito às profissões que os participantes consideram que pessoas com PEA possam exercer. Assim, no que diz respeito às atitudes de expetativas em relação a indivíduos com PEA, os participantes demonstram terem atitudes mais favoráveis em relação à possibilidade de pessoas com estas perturbações trabalharem como programadores informáticos (44,3%), artistas/músicos (61,7%) ou repositores num supermercado (50,2%), ao contrário das suas atitudes em relação ao desempenho de profissões como Membro da Assembleia ou do Parlamento (6%), Médico (3,5%), Advogado (4%) ou Trabalhador nas obras (19,9%). Nestes itens, os participantes mostraram terem atitudes menos favoráveis. Apenas no item 'empregado de mesa', a atitude dos participantes está dividida de forma mais uniforme pela escala. O segundo subgrupo diz respeito às atitudes de inclusão dos participantes em relação a indivíduos com PEA e é possível distinguir duas questões: proximidade de pessoas com PEA e posição face à inclusão de uma pessoa com PEA como funcionária de um supermercado. Neste subgrupo, as pessoas revelam atitudes favoráveis em relação a todos os itens apresentados que dizem respeito à proximidade com indivíduos com PEA, exceto se estes fossem nomeados seus chefes (8%), para o qual os participantes não se mostram tão disponíveis. Em relação à posição dos sujeitos face a uma nova política de contratação de um supermercado, a maioria dos participantes afirma que teriam uma atitude indiferente em relação a comprar nesse supermercado (62,2%), sendo que uma percentagem significativa de participantes demonstra uma atitude muito positiva (31,3%), afirmando que seria mais provável comprar nesse supermercado.

Assim, parece importante perceber como as variáveis se correlacionam e influenciam entre si, para assim obter informação que vá de encontro aos objetivos deste estudo. Salienta-se que não há consistência interna nas escalas das crenças, conhecimentos e atitudes de inclusão, pelo que em vez de se utilizar a média analisou-se cada item que constitui a escala individualmente, à exceção das atitudes de expetativas em relação a pessoas com PEA, a única variável na qual se usou a média, pela sua consistência interna elevada. Pela análise das correlações é possível afirmar que existem correlações significativas fracas entre as crenças, os conhecimentos e as atitudes (à exceção das atitudes de expetativas que não se correlacionam significativamente com os conhecimentos), o que pode indicar que as variáveis se influenciam mutuamente. O objetivo de analisar a relação entre estas três variáveis tendo como base a hipótese de que quanto melhor for o conhecimento das pessoas, mais corretas serão as suas crenças e mais favoráveis serão as suas atitudes em relação a pessoas com PEA. Com isto pretende-se obter informações importantes que permitam planear intervenções relevantes de esclarecimento sobre as PEA,

assumindo que existindo correlações significativas entre variáveis ao intervir numa variável as outras sejam também afetadas. Contudo, as correlações existentes neste estudo não são muito fortes, pelo que será mais eficaz uma intervenção nas três escalas, ao invés de se assumir que a intervenção apenas numa escala terá resultados significativos em todas.

Analisaram-se então as diferenças entre grupos no que diz respeito à idade dos participantes, sexo, nível de escolaridade, estatuto que os participantes representam na amostra (pais e educadoras) e área residencial, sendo que apenas não se verificaram diferenças significativas no que diz respeito à variável sexo.

Perante a presença de uma pergunta de resposta aberta sobre quais são os problemas e dificuldades que as pessoas consideram que indivíduos com PEA possam ter, foi realizada uma análise de conteúdo. Através da mesma verificou-se que as respostas mais frequentemente dada pelos participantes, no que diz respeito aos problemas e dificuldades de pessoas com PEA, são dificuldades de socialização e também de comunicação. Embora menos frequentemente em comparação aos dois problemas referidos anteriormente, os participantes responderam também dificuldades de atenção, resistência à mudança, dificuldade em manter contacto visual, padrões repetitivos de comportamento, interesses restritos, comportamentos não-verbais de comunicação e problemas de aprendizagem. Os problemas/dificuldades menos referidos, tendo apenas sido referidos uma vez, foram os défices de reciprocidade social e o facto de terem ataques de fúria, categoria da escala de conhecimento do questionário, respondido como agressividade por um participante.

Para além de contabilizar os indicadores corretos referidos pelos participantes, foram tidos também em consideração os indicadores errados mencionados pelos participantes, uma vez que estes mostram conceções erradas que dão pistas importantes para uma intervenção, bem como respostas em que as pessoas evidenciam dificuldades pessoais em relação a pessoas com PEA. Deste modo, as pessoas demonstram ter crenças erradas acerca de pessoas com PEA (p. e. "pessoas com PEA são muito talentosas em ciências e matemática" ou "pessoas com PEA têm muita dificuldade para decorar números e letras"). Para além disso, os participantes evidenciaram dificuldades para interagirem com pessoas com PEA. Estas dificuldades estão muito relacionadas com falta de conhecimento das pessoas e prendem-se maioritariamente com a dificuldade para interagir com pessoas com PEA. Assim, verifica-se a necessidade de consciencializar a população acerca das PEA prende-se com a importância das pessoas estarem informadas para conseguirem identificar sinais de alerta o mais precocemente possível, assente no pressuposto de que quanto mais cedo se reconhecerem os sinais, mais cedo será efetuado o diagnóstico e consequentemente, a intervenção será mais eficaz.

A literatura indica que as educadoras têm um papel muito relevante no reconhecimento das PEA, pois passam muito tempo com as crianças, conseguem observá-las em diferentes contextos e perceber as suas capacidades de interação com pares, comunicação, de comportamento, entre outras. Assim, realça-se a importância deste grupo ter crenças corretas e bons conhecimentos sobre as PEA para que possa chamar a atenção dos pais para sinais de alerta. Apesar dos resultados favoráveis, destaca-se a necessidade de intervir junto deste grupo para aumentar o desempenho do mesmo no que diz respeito ao reconhecimento

destas perturbações e a fim de promover a consciência e as atitudes positivas face a pessoas com PEA. Não obstante, ainda que se verifiquem diferenças entre grupos parece importante intervir junto dos mais variados grupos para desmitificar questões erradas e aumentar a consciência pública sobre estas perturbações.

DISCUSSÃO

Com a realização deste estudo pretendeu-se avaliar os conhecimentos e atitudes de pais e educadoras de infância sobre as PEA, a fim de obter evidências empíricas que contribuíam para a compreensão dos mesmos, visando, como objetivo final, diminuir o fosso que atualmente se verifica entre a possibilidade de detetar os primeiros marcadores de PEA e o diagnóstico formal, uma vez que este fosso temporal acontece muito por consequência da falta de consciência das pessoas próximas das crianças em relação a estas perturbações.

Os resultados indicam que grande parte dos participantes tem conhecimentos e crenças corretos sobre as PEA, bem como atitudes favoráveis. Contudo, há a necessidade de aumentar a consciencialização sobre estas perturbações a fim de promover mais conhecimentos, tanto junto dos pais como das educadoras. Destacam-se as respostas dadas pelos participantes na questão de resposta aberta que demonstram que um grande número de pessoas sabem que indivíduos com PEA têm dificuldades de socialização de comunicação, mas há outras dificuldades e problemas que estes indivíduos podem ter e que pouco foram referidos, pelo que importa informar sobre os mesmos.

Considera-se relevante desenvolver novos trabalhos que incidam no estudo dos conhecimentos e atitudes sobre as PEA em avós de crianças até aos 6 anos, uma vez que os participantes desta amostra com netos eram muito poucos e esta população têm também uma grande proximidade com as crianças durante a primeira infância e é importante que também eles saibam identificar sinais de alerta. Em termos de limitações salienta-se o fato de os questionários que foram respondidos online permitirem aos participantes irem ver informações à internet, o que pode enviesar os resultados que se obtêm, uma vez que alguns conhecimentos demonstrados podem não corresponder à realidade. Mais, embora os resultados não indicarem diferenças entre sujeitos do sexo masculino e feminino, parece importante avaliar as diferenças entre pai e mãe, uma vez que a amostra deste estudo era maioritariamente feminina.

Acredita-se que este estudo represente um contributo para a compreensão dos conhecimentos, crenças e atitudes da população acerca de problemáticas importantes como as PEA. Tendo estas perturbações implicações tão marcadas na vida dos sujeitos e de quem está à sua volta, crê-se que este estudo permite planear ações fundamentais de consciencialização sobre as PEA, a fim de promover o conhecimento e as atitudes para que as pessoas saibam identificar corretamente e lidar com estas perturbações.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Coelho, A. M., & Aguiar, A. I. (2013). *Intervenção psicoeducacional integrada nas perturbações do espectro do autismo. Um manual para pais e profissionais.* Porto: Edições Afrontamento, Lda.

Crane, J., & Winsler, A. (2008). Early autism detection – Implications for pediatric practice and public policy. *Journal of Disability Policy Studies, 18*(4), 245-253. doi: 10.1177/1044207307311527

Kopetz, P., & Lee, E. D. (2012). Autism worldwide: Prevalence, perceptions, acceptance, action. *Journal of Social Sciences, 8*, 196-201.

WHO. (2012). *Health education: Theoretical concepts, effective strategies and core competencies.*

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Cuidados paliativos pediátricos: Lidando com a ética da vida e da morte

RAILDA SABINO FERNANDES ALVES (*)
GABRIELLA CÉZAR DOS SANTOS (*)
MYRIAM DE OLIVEIRA MELO (*)
ELIZABETH CRISTINA DO NASCIMENTO CUNHA (**)

Os Cuidados Paliativos (CP) consistem numa abordagem que valoriza a qualidade de vida, o alívio das dores e a minimização dos sofrimentos, por meio de uma assistência ampla e ativa que contempla a integralidade de pessoas com doenças crônicas e ameaçadoras da vida. Propõem-se a cuidar também dos familiares considerando os aspectos biopsicossociais e espirituais (Pessini & Bertachini, 2006).

A humanização do cuidado, o respeito aos desejos, a autonomia e a dignidade da pessoa em todo o seu processo de saúde-adoecimento e morte constituem os pilares de sustentação dessa filosofia que compreende a morte como um processo natural, preserva a dignidade humana no final da vida e busca a promoção de uma morte digna (Poles & Bousso, 2009).

Nesta abordagem a morte deve ter seu curso respeitado e não deve ser precedida por procedimentos invasivos, fúteis e excessivos. Ou seja, quando estes forem inúteis para a manutenção da vida, quando não haja possibilidade de cura, perda de qualidade de vida, mais sofrimento e comprometimento da dignidade da pessoa e de seus familiares (Paiva, Júnior & Damásio, 2014).

Não se trata de negar os avanços da tecnologia e as importantes contribuições destas para a área médica, as quais possibilitaram o desenvolvimento de tratamentos preventivos e curativos, erradicação ou controle de algumas doenças, diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (Associação Europeia de Cuidados Paliativos [EAPC], 2009). Trata-se da conscientização e de uma avaliação consistente dos benefícios e maléficos de seu uso com pacientes em estado avançado de doenças incuráveis, de modo que evite dor e sofrimentos desnecessários, respeite os aspectos morais e éticos e enalteça a dignidade humana.

A assistência integral e multidisciplinar em CP e a garantia de uma morte digna também devem ser asseguradas aos pacientes neonatais e pediátricos. Esse público carece de um

(*) Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Brasil.
(**) Centro de Referência de Assistência Social Remígio – PB, Brasil.

olhar mais amplo e sensível voltado às repercussões psicoemocionais envolvidas no processo de adoecimento e morte. A família também precisa de suporte e de uma escuta mais acurada e acolhedora para lidar com os desgastes e as perdas (Nunes, 2009).

Nesse sentido, o psicólogo da saúde que, segundo Alves (2008), atua numa perspectiva global da saúde e tem um perfil de intervenção adequado a estes casos, é um importante aliado da equipe de saúde para auxiliar os pacientes pediátricos e seus familiares. De acordo com Nunes (2009) o psicólogo contribui para elaboração de sentimentos e experiências, redução dos sofrimentos e criação de estratégias para o enfrentamento da doença, da morte e do luto.

Com o objetivo de compreender melhor esse campo de atuação realizou-se uma revisão não exaustiva da literatura, com o propósito de apresentar e discutir a realidade da assistência paliativista na área pediátrica e enfocar os seus aspectos éticos e legais. Procurou-se, também aprofundar as questões referentes à morte digna no contexto dos Cuidados Paliativos Pediátricos destacando suas especificidades, os direitos e as legislações que a subsidiam.

Cuidados paliativos: Diretrizes e princípios

O surgimento dos CP ocorreu na década de 60 e teve considerável contribuição de Cicely Saunders, através da fundação, em 1967, do St. Christopher's Hospice, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral ao paciente, incluindo o controle de sintomas físicos, alívio da dor e dos sofrimentos psicológicos (Associação Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP], 2009).

Hoje, no século XXI, há numerosos estudos direcionados aos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. Esse avanço é decorrente de uma demanda crescente da sociedade mundial que sofre com doenças terminais e busca por um atendimento digno no final da vida (Pessini & Bertachini, 2006).

De acordo com Maciel (2008) a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os CP são eficazes quando atendem as seguintes diretrizes: proporcionar alívio da dor, integrar os aspectos psicológicos e espirituais do paciente, além de afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural.

Os princípios que norteiam esses cuidados estão fundamentados em combater os sintomas estressores e angustiantes de pacientes terminais e seus familiares; melhorar a qualidade de vida e minimizar o sofrimento, para que essas pessoas tenham melhores tratamentos e, com isso, vivam confortavelmente até sua finitude (Floriani & Schramm, 2008).

Morte sem dor, com menor sofrimento possível e principalmente com os desejos dos pacientes atendidos são características importantes para a obtenção de uma morte digna.

Entretanto, Pessini e Bertachini (2006) vão mais além e ressaltam que para morrer com dignidade é preciso primeiro viver dignamente e não apenas sobreviver. Esses autores mostram um conceito de dignidade que quebra a barreira restritiva de sua obtenção com o alívio da dor física, uma vez que a dor e o sofrimento, muitas vezes, são negligenciados e ambiguamente compreendidos, pois há uma tendência em focar o tratamento nos sintomas físicos, vendo-os como a única fonte de desconforto para o paciente. Silva e Hortale (2006) corroboram isto quando enfatizam o sofrimento como algo bem mais amplo, sendo necessário realizar cuidados que valorizem o ser humano como um todo, de forma integral.

Os CP prestados com humanização no final da vida são aplicáveis a toda faixa etária. O público pediátrico, por sua vez, merece uma atenção diferenciada, pois sua demanda é contemplada com particularidades pouco estudadas, o que torna expressiva a necessidade de ter um novo olhar e maior investimento nessa área (EAPC, 2009).

Cuidados paliativos pediátricos

Os Cuidados Paliativos Pediátricos constituem uma subárea dos CP, consolidada desde 1998, que se dedica ao atendimento de crianças portadoras de doenças graves e ameaçadoras da vida, preconiza a garantia de uma assistência ampla e multidisciplinar que ressalte o cuidado integral à criança, valorize os aspectos biopsicossociais e espirituais, a qualidade de vida, o alívio e a prevenção das dores e dos sofrimentos, além de prestar apoio e suporte aos familiares (EAPC, 2009).

Embora os princípios gerais dos CP sejam os mesmos para o público pediátrico, a OMS (1998) ampliou e especificou os seguintes: a criança deve receber CP desde o diagnóstico, mesmo que esteja fazendo, ou não, tratamento curativo; a criança e/ou adolescente deve receber cuidado ativo e total valorizando os aspectos biológicos, fisiológicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais, de modo a prevenir e aliviar sofrimentos; a equipe multidisciplinar deve prestar apoio e suporte aos familiares, usando recursos da comunidade, mesmo que tais recursos sejam limitados; os CP podem ser oferecidos em centros de saúde, em instituições terciárias e no domicílio da criança e/ou adolescente (Kurashima & Camargo, 2007).

Em relação à aplicabilidade dos CP na pediatria podem-se destacar quatro condições: quando a criança tem possibilidade de um tratamento curativo e os CP podem auxiliar prestando um suporte ao tratamento nos momentos de incerteza e de falha na obtenção da cura; quando as crianças são portadoras de doenças crônicas que demandam longos períodos de tratamento intensivo e por meio dos CP podem ter melhor qualidade de vida, repercutindo num maior tempo de sobrevida; em criança com patologias em que o tratamento é exclusivamente paliativo, sem perspectiva de cura, e com um tempo de vida

indeterminado; e crianças com danos neurológicos graves que aumentam a vulnerabilidade e aceleram um quadro de maior deterioração (EAPC, 2009).

Kurashima e Camargo (2007) complementam as condições de aplicabilidade supracitadas inserindo duas categorias: os CP aplicados aos recém-nascidos com condições de vida limitada e o suporte dado aos familiares de crianças que sofreram trauma espontâneo ou intencional, morte subida ou morte precoce do recém-nascido.

Essa subárea apresenta particularidades em relação aos cuidados prestados ao público adulto. O que exige dos profissionais de saúde uma maior preparação e organização das intervenções, das estratégias de comunicação e dos procedimentos de cuidado, pois todos esses fatores devem se adequar à idade da criança e ao seu grau de desenvolvimento físico, emocional e cognitivo (EAPC, 2009).

Outras especificidades dos Cuidados Paliativos Pediátricos que precisam ser aprimoradas são: maior diversidade e dispersão geográfica dos quadros clínicos; escassez de fármacos formulados e licenciados especificamente para crianças; aumento da sobrevida de crianças por meio de avanços tecnológicos e as questões éticas e legais que também assumem um aspecto mais delicado (EAPC, 2009).

Os direitos legais das crianças em cuidados paliativos pediátricos

A questão dos direitos éticos e legais dos pacientes em Cuidados Paliativos Pediátricos é ainda mais delicada porque é a família, enquanto responsável legal, que tem que se colocar à frente na tomada de decisão sobre a vida de criança. Para a Pediatria, pensar a criança como um paciente terminal é algo complexo, porém, às vezes, necessário! O Estatuto da Criança e Adolescente no Brasil e a Sociedade de Pediatria de São Paulo (2009), preconizam sobre o direito à saúde, que à criança deve ser garantido:

"(1) Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la; (2) Direito a que seus pais ou responsáveis participem ativamente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, recebendo informações sobre os procedimentos a que será submetida; (3) Direito de não ser objeto de ensaio clínico, provas diagnósticas e terapêuticas, sem o consentimento informado de seus pais ou responsáveis e o seu próprio, quando tiver discernimento para tal; (4) Direito a receber todos os recursos terapêuticos disponíveis para a sua cura, reabilitação e/ou prevenção secundária e terciária; (5) Direito ao respeito à sua integridade física, psíquica e moral". (p. 50).

Ainda no cenário brasileiro, os Cuidados Paliativos Pediátricos contam com a legislação sobre os Direitos das Crianças Hospitalizadas, estabelecidos pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, através da Resolução nº 41/95. Conforme o Art. 20 – é garantido à criança: "*o direito a ter uma morte digna, junto a seus familiares, quando esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis*" (Brasil, 1995). Outro recurso na

legislação brasileira que resguarda os cuidados paliativos pediátricos se encontra na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012) em seus incisos 3º e 4º, do Capítulo III – voltado aos direitos, deveres e responsabilidades:

"3º – Os menores e maiores sem capacidade de decisão não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos cuidados paliativos. 4º – As crianças, os adolescentes e as pessoas incapacitadas sob tutela têm o direito de expressar a sua vontade e essa vontade deve ser considerada pelo médico" (Brasil, 2012).

Assim como o adulto, a criança tem direito a expressar sua vontade, a qual deve ser respeitada pelo médico e pela família, embora as deliberações referentes aos CP daqueles sem capacidade de decisão, devam ser tomadas pelos adultos responsáveis pelo infante.

No cenário Europeu o Grupo de Peritos do Task Force da EAPC (2007) publicou algumas notas sobre a questão dos direitos e deu destaque a: a Igualdade de Direitos e o Interesse da Criança. O texto diz que todas as crianças que necessitarem de CP devem ter acesso equitativo, independente da sua condição financeira. Não serão expostas a tratamentos que não lhe tragam benefícios, tendo o direito de receber o tratamento adequado, durante o tempo que for necessário. Logo, serão assegurados os direitos à dignidade e o pleno respeito.

A eutanásia tem sido outro tema recorrente quando se trata da dignidade diante da morte. Diferentemente do que propõem os CP, tal prática se relaciona ao direito de escolher morrer com dignidade a continuar vivendo em um contexto de elevado sofrimento. "O termo eutanásia significa morte sem dor, sem sofrimento desnecessário. Atualmente, é entendida como uma prática para abreviar a vida, a fim de aliviar ou evitar sofrimento para os pacientes" (Felix, Costa, & Alves, 2013, p. 2734). Na França, Alemanha e Áustria esta prática já é aceita e regulamentada. Na Bélgica – onde a prática é legalizada desde 2002 – a eutanásia específica para crianças foi legalizada recentemente, porém o paciente deve estar compreendendo o "lado irreversível da morte", ter o consentimento dos pais e receber acompanhamento de uma equipe de médicos e psicólogos. Na Holanda, Suíça e Luxemburgo, menores também podem optar pela morte, mas é preciso ter a idade mínima de 12 anos e consentimento dos pais ou responsáveis (Jornal Zero Hora, 2014).

DISCUSSÃO

As ações paliativistas constituem um verdadeiro desafio para os profissionais da saúde e são ainda maiores quando direcionadas ao público infantil, uma vez que existem barreiras teóricas e práticas para a efetivação desses cuidados. Pesquisas que buscam tratamentos

curativos ou prolongamento da vida são mais valorizadas do que o investimento em formações e técnicas para a efetividade dos CP no campo da saúde.

Embora sejam fortes os entraves que perpassam o desenvolvimento e a consolidação dos CP e principalmente os obstáculos direcionados ao público pediátrico, existem pesquisas no Brasil e no mundo sendo desenvolvidas para inversão desse quadro. A legislação brasileira contempla os direitos da criança no processo saúde-doença-morte tentando garantir direitos e defender o respeito à sua integridade física, psíquica e moral. Mesmo sem autonomia total relativa às decisões sobre os CP, ela tem espaço para expressar suas vontades que devem ser ouvidas e consideradas pelo médico.

Embora haja avanços ainda existem grandes lacunas na assistência pediátrica prestada no final da vida. A carência de estudos científicos, de formação e capacitação profissional são fatores que requerem investimentos urgentes para suprir as necessidades dessa demanda.

O presente trabalho buscou ampliar as reflexões e a compreensão do processo de cuidar direcionado ao público pediátrico, para que assim, as crianças com doenças ameaçadoras da vida e suas famílias possam ser contempladas com uma assistência humanizada, digna e integral que valorize seus aspectos biofisiológicos, emocionais, psicológicos, sociais e espirituais.

REFERÊNCIAS

Alves, R. F. (2008). *Intervenciones de profesionales en el campo de la salud: Estudio antropológico comparativo en Brasil, España y Portugal* (Tesis Doctorado). Universidad de Granada, Granada, España. Editorial de la Universidad de Granada. D. L: GR.1983-2008. ISBN: 978-84-691-5982-8.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. (2009). O que são Cuidados Paliativos. Recuperado de http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados

Associação Europeia de Cuidados Paliativos – EAPC. (2007). IMPaCCT: Normas para a prática de Cuidados Paliativos Pediátricos na Europa. *European Journal of Palliative Care,14*(3), 109-114.

Associação Europeia de Cuidados Paliativos – EAPC. (2009). *Cuidados Paliativos para Recém-nascidos, Crianças e Jovens*. Italy: Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. Recuperado de http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Specific groups/Children/Publications/PC-FACT(Por).pdf

Brasil. (1995). *Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente*. Resolução n° 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95) (Resolução CONANDA nº 41 de 17 de outubro de 1995).

Brasil. (2012). Lei n.º 52 de 5 de setembro 2012. *Lei de Bases dos Cuidados Paliativos*. Diário da República, 1.ª série, N.º 172, 5 de setembro de 2012.

Felix, Z. C., Costam S. F. G., Alves, A. M. P. M., Andrade, C. G., Duarte, M. C. S., & Brito, F. M. (2013). Eutanásia, distanásia e ortotanásia: Revisão integrativa da literatura. *Ciênc. Saúde coletiva* [online], *18*(9), 2733-2746. ISSN 1413-8123.

Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2008). Cuidados paliativos: Interfaces, conflitos e necessidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, *13*(2), 2123-2132. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000011

Jornal Zero Hora. (2014). *Saiba onde a eutanásia é permitida e como o tema é tratado no Brasil*. Recuperado de http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2014/11/saiba-onde-a-eutanasia-e-permitida-e-como-o-tema-e-tratado-no-brasil-4634762.html Acesso em: 29 nov. 2015

Kurashima, A. Y., & Camargo, B. de. (2007). Cuidados paliativos: Aliviar sem curar. In B. de Camargo & A. Y. Kurashima (Eds.), *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: O cuidar além do curar* (1ª ed., 41-58). São Paulo: Lemar.

Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. *Cuidado paliativo* (pp. 15-32). São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP.

Nunes, L. V. (2009). Papel do psicólogo na equipe de Cuidados Paliativos. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 218-220). Rio de Janeiro: Diagraphic. Recuperado de http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf Acesso em: 01 dez 2014.

Organização Mundial de Saúde – OMS. (1998). Retirado de http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, acesso em 11 nov. 2015.

Paiva, F. C. L., Júnior, J. J. A., & Damásio, A. C. (2014). Ética em cuidados paliativos: Concepções sobre o fim da vida. Revista Bioética, *22*(3), 550-560. http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422014223038

Pessini, L., & Bertachini, L. (2006). *O que entender por cuidados paliativos.* São Paulo: Paulus.

Poles, K., & Bousso, R. S. (2009). Morte digna da criança: Análise de conceito. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(1), 215-222. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000100028

Silva, R. C. F., & Hortale, V. A. (2006). Cuidados paliativos oncológicos: Elementos para o debate de diretrizes nesta área. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, *22*(10). http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001000011

Sociedade de Pediatria de São Paulo. (2009). *Manual de pediatria: defesa profissional*. São Paulo. Recuperado de http://www.spsp.org.br/downloads/Defesa.pdf Acesso em 29 nov. 2015

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Avaliação da satisfação com o suporte social numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados

RITA SALVADOR (*)
PAULA SARAIVA CARVALHO (*)

As perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade nas sociedades atuais (OMS, 2001). O efeito devastador da doença mental gera nos indivíduos a necessidade de suporte social, solidariedade e cuidados (Roura, 2009). A esquizofrenia e a perturbação bipolar são doenças mentais crónicas que afetam o funcionamento social, pelo que pode haver uma inibição da capacidade dos indivíduos para estabelecer interações significativas. Assim, com o decorrer do tempo e devido ao estigma associado à doença mental grave, pode haver uma dificuldade no desenvolvimento e manutenção dos relacionamentos sociais (Chernomas & Clarke, 2003).

No âmbito da saúde e das doenças, o suporte social diz respeito aos mecanismos através dos quais as relações interpessoais protegem os indivíduos dos efeitos nefastos provenientes das situações de *stress* (Kessler, Price, & Wortman, 1985). A crença de que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem fundamentada (Rutter & Quine, 1996). Num estudo de Kessler et al. (1985) e de Ornelas (1996) é evidenciado que a satisfação com o suporte social nos indivíduos tem resultados positivos tanto na saúde como na prevenção de doenças. No mesmo sentido, uma revisão de investigação acerca de evidências da relação entre suporte social e saúde, verificou a existência de uma correlação forte entre ambas as variáveis (Broadhead et al., 1983, cit. in Pais-Ribeiro, 2011). Num outro estudo, Schwarzer e Leppin (1991) constataram que uma perceção de má saúde era mais evidente entre as pessoas que referiam falta de suporte social. Também Kessler et al. (1985) numa revisão de investigação conclui que os resultados obtidos sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais.

A presente investigação teve por objetivo (1) avaliar a satisfação com o suporte social numa amostra com doentes mentais crónicos institucionalizados nas Casas de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus; (2) identificar determinantes sociodemográficas, clínicas e sociorrelacionais que influenciem a satisfação

(*) Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, Portugal.

com o suporte social; e (3) explorar a influência de variáveis preditoras que contribuem para explicar a perceção de suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo transversal, de caráter descritivo, correlacional e preditivo. Consideraram-se dois tipos de variáveis, a variável dependente: satisfação com o suporte social; e as variáveis independentes: subdivididas em sociodemográficas, clínicas e sociorrelacionais.

Participantes

Participaram no estudo 60 mulheres com o diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação bipolar pertencentes à Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), em Braga, à Casa de Saúde Bento Menni (CSBM), na Guarda e à Casa de Saúde Rainha Santa Isabel (CSRSI), de Condeixa-a-Nova. Recorreu-se a uma amostra de conveniência, tendo-se definido como critérios de inclusão: (a) estar internada num dos estabelecimentos de saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus; (b) estar diagnosticada com Esquizofrenia ou com Perturbação Bipolar; (c) saber ler e escrever; (d) ter idade igual ou inferior a 65 anos; (e) estar internada por um período igual ou superior a 3 meses; e como critério de exclusão a não presença de comorbilidades.

As participantes têm idades compreendidas entre os 31 e os 65 anos e caraterizam-se por serem maioritariamente solteiras (65%), sem filhos (63,3%), com estatuto socioeconómico baixo (40%) e com o 1º ciclo de estudos (23,3%). A maioria das participantes perceciona a sua saúde como sendo razoável (5,7%), sai frequentemente da instituição (66,7%), participa em atividades de convívio (88,3%) em atividades de cariz religioso (83,3%) e menciona estar satisfeita com a comunidade (88,3%), Por fim, no que concerne à perceção de felicidade, 51,7% das participantes refere que não se sente feliz, em oposição a 48,3% que se sentem felizes.

Material

O material foi composto por um Questionário Sociodemográfico que contem questões sociodemográficas, clínicas e sociorrelacionais. Além deste recorreu-se à Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999), que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação com o suporte social dos participantes, relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais. Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 itens, de resposta tipo *Likert*, com cinco posições. O valor do *alfa de Cronbach* para a escala global é de 0,85.

Procedimento

Ao longo de todo o estudo foram tidos em conta e cumpridos os princípios éticos e deontológicos preconizados pela Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia. Sendo que no cumprimento dos princípios éticos, foi assegurada a participação informada, a garantia da confidencialidade e da participação voluntária e assegurada a capacidade de consentimento. Após avaliação do projeto de investigação o mesmo foi autorizado pela Comissão de Ética da CSBM e a recolha de dados decorreu entre janeiro e maio de 2015, sendo estes analisados com recurso ao *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0.

RESULTADOS

De modo a avaliar a satisfação com o suporte social dos doentes mentais crónicos, recorreu-se à descrição da média e do desvio padrão da Escala de Satisfação com o Suporte Social e suas dimensões.

Verifica-se para o total da amostra que a perceção de satisfação com o suporte social é de 49,95 (*DP*=8,63), o que indica que, de uma forma geral, a perceção de satisfação com o suporte social para estas participantes é superior à média da escala. Os valores médios de cada dimensão também foram relativamente altos, comparativamente ao máximo de cada um deles.

Pretendeu-se avaliar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social e algumas variáveis sociodemográficas (idade, estatuto socioeconómico, escolaridade e número de filhos), no entanto não se verificaram relações estatisticamente significativas entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociodemográficas analisadas.

Considerámos também importante avaliar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social e algumas variáveis clínicas. No Quadro 1 encontram-se os resultados obtidos.

Quadro 1

Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis clínicas

		Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades Sociais
Tempo de Institucionalização	*r*	0,10	-0,01	0,03	0,11	0,20
	p	0,40	0,88	0,77	0,38	0,11
Perceção de Estado de Saúde	*r*	**0,26***	0,24	-0,01	0,17	**0,30***
	p	0,03	0,06	0,88	0,17	0,01

Nota. *A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

No âmbito das variáveis clínicas, verificou-se a existência de uma correlação positiva significativa moderada entre a satisfação com o suporte social e a variável clínica perceção do estado de saúde (r=0,26, p=0,03). Verificou-se ainda uma correlação positiva significativa moderada entre a perceção do estado de saúde e a dimensão atividades sociais (r=0,30, p=0,01).

Pretendemos também avaliar se existe alguma relação entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociorrelacionais, sendo estes resultados apresentados no Quadro 2.

Quadro 2

Correlações entre a satisfação com o suporte social e as variáveis sociorrelacionais

		Satisfação com o Suporte Social	Satisfação Amigos	Intimidade	Satisfação Família	Atividades Sociais
Saídas da Instituição	*r*	0,23	0,17	0,20	**0,39****	**-0,25***
	p	0,07	0,17	0,10	0,00	0,04
Participação Atividades de Convívio	*r*	0,19	0,08	0,07	**0,27***	0,10
	p	0,12	0,50	0,59	0,03	0,44
Participação Atividades Religiosas	*r*	0,15	-0,04	**0,31***	0,11	0,00
	p	0,24	0,71	0,01	0,36	0,96
Satisfação com a Comunidade	*r*	**0,44****	**0,37****	**0,32***	0,14	0,19
	p	0,00	0,00	0,01	0,26	0,12
Perceção de Felicidade	*r*	**0,34****	**0,33****	**0,26***	0,18	0,00
	p	0,00	0,00	0,04	0,14	0,94

Nota. **A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); *A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

No que diz respeito às variáveis sociorrelacionais, salientam-se os seguintes resultados: a variável saídas da instituição correlaciona-se de forma positiva significativa moderada com a dimensão satisfação com a família (r=0,39, p=0,00) e de forma negativa significativa moderada com a dimensão atividades sociais (r=-0,25, p=0,04). Relativamente à participação em atividades de convívio, verifica-se uma correlação positiva significativa moderada entre esta e a dimensão satisfação com a família (r=0,27, p=0,03). No que concerne à participação em atividades religiosas, verifica-se uma correlação positiva significativa moderada entre esta e a dimensão intimidade (r=0,31, p=0,01). No que concerne à satisfação com a comunidade, verificou-se uma correlação positiva significativa moderada entre esta e a satisfação com o suporte social (r=0,44, p=0,00), bem como com as dimensões satisfação com amigos (r=0,37, p=0,00) e intimidade (r=0,32, p=0,01). No que respeita à perceção de felicidade verificou-se uma correlação positiva significativa moderada entre esta e a satisfação com o suporte social (r=0,34, p=0,00), bem como com as dimensões satisfação com amigos (r=0,33, p=0,00) e intimidade (r=0,26, p=0,04).

De forma a explorar a influência de variáveis que contribuem para explicar a perceção de suporte social em doentes mentais crónicos institucionalizados, recorreu-se à análise de Regressão Linear Múltipla, onde se utilizaram todas as variáveis independentes e a variável dependente. Após a análise e cumprimento dos pressupostos, o modelo identificou a satisfação com a comunidade [b=10,63, t(57)=3,50; p=0,00] e a perceção de felicidade [b=4,98, t(57)=2,55; p=0,01] como preditores significativos da satisfação com o suporte social [F(2,59)=10,93; p<0,001].

Seguidamente, observando o Quadro 3, constatamos que o facto de estar satisfeito com a comunidade fomenta um aumento de 10,63 no valor da satisfação com o suporte social e o facto de ter perceção de felicidade fomenta um aumento de 4,98. Também se conclui que a satisfação com a comunidade tem mais influência na satisfação com o suporte social.

Quadro 3

Coeficientes do Modelo de Regressão Linear Múltipla

	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
Modelo	B	Erro Padrão	Beta	*t*	Sig.
(Constante)	38,14	2,87		13,26	0,00
Satisfação com a Comunidade	10,63	3,03	0,39	3,50	0,00
Perceção de Felicidade	4,98	1,94	0,29	2,55	0,01

Neste modelo conclui-se que quanto maior for a satisfação com a comunidade e a perceção de felicidade maior será a perceção de satisfação sentida com o suporte social.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos devem ser lidos no âmbito do enquadramento institucional do local onde a amostra foi recolhida. Os resultados da avaliação da satisfação com o suporte social, demonstraram que as participantes têm uma satisfação média com o suporte social, uma vez que, segundo Baptista, Baptista e Torres (2006) a pontuação localizada entre 26 e 50 pontos corresponde a um médio suporte social, quase no limite da transição para um alto suporte social.

Neste estudo não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação com o suporte social, o que poderá estar relacionado com o perfil das participantes, dado que a maioria é de meia-idade, com estatuto socioeconómico baixo, baixa escolaridade, solteiras e sem filhos.

No âmbito das variáveis clínicas verificou-se que há medida que aumenta a perceção do estado de saúde aumenta também a satisfação com o suporte social. Está bastante evidenciado que a satisfação com o suporte social conduz a diversos benefícios associados à saúde. Kessler et al. (1985) e Ornelas (1996) nos seus estudos concluíram que a perceção de suporte social nos indivíduos tem resultados positivos tanto na saúde como na prevenção de doenças. De referir que se verificou que à medida que aumenta a perceção do estado de saúde aumenta também a satisfação com as atividades sociais realizadas, o que pode ser indicativo de que a maior perceção do estado de saúde parece contribuir para um maior envolvimento nas atividades sociais que realizam e consequentemente para uma maior satisfação.

No âmbito das variáveis sociorrelacionais, apurou-se que à medida que aumentam as saídas da instituição aumenta a satisfação com a família. Este resultado pode advir das saídas permitirem o contacto direto com os seus familiares.

Constatou-se ainda que à medida que aumenta a participação em atividades de convívio aumenta também a satisfação com a família. Desta forma, parece que as participantes ao estarem envolvidas em atividades relacionadas com situações recreativas, convívio e bem-estar ficam mais abstraídas, não expressando tanto a perceção da ausência da família. Verificou-se também uma relação positiva entre a participação em atividades de cariz religioso e a perceção de suporte íntimo. Este resultado pode estar relacionado com o facto dos indivíduos, durante situações de *stress* ou na presença de perturbações mentais, recorrerem à religião como forma de suporte e consolo (Bhavsar & Bhugra, 2008; Schuster et al., 2001).

De acordo com Elvas e Moniz (2010) e Prezza e Constantini (1998), quanto maior o suporte social recebido, maior é a qualidade das relações sociais, autoestima, satisfação com a vida e, consequentemente, maior o sentimento de comunidade. Os resultados obtidos vão ao encontro com o referido por estes autores, pois verificámos uma relação positiva entre a satisfação com a comunidade e a satisfação com o suporte social, bem como com as dimensões satisfação com amigos e perceção de suporte social íntimo. Além disso, a satisfação com a comunidade revelou-se uma variável preditora da satisfação com o suporte social. Importa a este respeito salientar o envolvimento e a interação estabelecida entre estas instituições hospitalares e a comunidade envolvente (e.g. projetos recreativos; saídas ao exterior; participação da comunidade nos serviços religiosos e festivos).

Vários estudos verificaram uma ligação entre perceção de apoio e felicidade (Argyle, 1997; Chan & Lee, 2006; Lakey, s.d., cit. in Lakey & Orehek, 2011). Constatámos igualmente uma relação positiva entre a perceção de felicidade e a satisfação com o suporte social, bem como com as dimensões satisfação com amigos e intimidade. Este facto fica evidente nas verbalizações dos motivos de felicidade ou de infelicidade mencionados pelas participantes. A felicidade é atribuída à família, amigos, satisfação com a vida, perceção de utilidade da pessoa e ao facto de ter visitas. Já a infelicidade é atribuída à doença, à solidão e à distância da família.

Apesar de na rede de cuidados psiquiátricos, existir a necessidade de gerar estruturas que possam facilitar ofertas terapêuticas sem a necessidade de internamento e que se

revelem fundamentais para a reintegração socioprofissional dos doentes mentais (Afonso, 2010), neste estudo fica demonstrada a importância de continuar a investir nas práticas assistenciais com doentes mentais crónicos institucionalizados. As estratégias de reabilitação psicossocial e de intervenção terapêutica que são aplicadas nestas instituições de saúde parecem estar a contribuir para melhorar a qualidade de vida destas doentes, bem como a perceção de suporte social, assegurando que estas possuem uma rede social que lhes permite sentirem-se integradas.

REFERÊNCIAS

Afonso, P. (2010). *Esquizofrenia - Para além dos mitos, descobrir a doença*. Cascais: Princípia Editora.

Argyle, M. (1997). Is happiness a cause of health? *Psychology and Health, 12*, 769-781.

Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7*(1), 39-48.

Bhavsar, V., & Bhugra, D. (2008). Religious delusions: Finding meanings in psychosis. *Psychopathology, 41*, 165-172.

Chan, Y. K., & Lee, P. L. (2006). Network size, social support and happiness in later life: A comparative study of Beijing and Hong Kong. *Journal of Happiness Studies, 7*, 87-112.

Chernomas, W. M., & Clarke, D. E. (2003). Social support and women living with serious mental illness. ISBN 0968969249. Retirado de http://www.pwhce.ca/pdf/socialSupport.pdf

Elvas, S., & Moniz, M. J. V. (2010). Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica, XXVIII*(3), 451-464.

Kessler, R., Price, R., & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.

Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental Health. *Psychological Review, 118*(3), 482-495.

Organização Mundial de Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental – Nova concepção*, *nova esperança*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.

Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, XIV*(*2-3*), 263-268.

Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise Psicológica, XVII*(3), 547-558.

Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Escala de satisfação com o suporte social*. Lisboa: Placebo.

Prezza, M., & Constantini, S. (1998). Sense of Community and Life Satisfaction: Investigation in three different territorial contexts. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 8*, 181-194.

Roura, E. A. F. (2009). Salud mental y bioética: relación simbiótica. *Acta Bioethica, 15*(2), 139-147.

Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: A theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health, 11,* 5-22.

Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., . . . Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine, 345*, 1507-1512.

Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health. A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 99-127.

Violante, C. D. F. (2012). *Programas de reabilitação psicossocial em pessoas com doença mental crónica: Impacto na perceção de qualidade de vida e de suporte social*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Vivência do cancro da mama na relação mãe-filhos

RITA TAVARES (*)
PAULA MENA MATOS (*)

O diagnóstico de Cancro da Mama (CM) desencadeia uma crise na doente e no seu sistema familiar, levando a mudanças no seu modo de funcionamento (Billhult & Segesten, 2003; Stiffler, Haase, Hosei, & Barada, 2008). Segundo o *modelo duplo ABCX*, isto ocorre porque o CM é um stressor que destabiliza o funcionamento familiar, levando a família a desenvolver uma perceção negativa sobre este evento e a ativar os seus recursos, desencadeando uma crise (McCubbin & Patterson, 1983). Após o período de crise, a família esforça-se para reestabelecer o seu equilíbrio, tendo de lidar com todos os stressores acumulados e ativando, novamente, os recursos disponíveis. Por fim, atribui um novo significado à crise no seu todo, englobando os diversos stressores e os seus recursos. No fim deste processo, a família pode conseguir adaptar-se, ou seja, o equilíbrio é reestabelecido; porém, quando este estado de equilíbrio não é alcançado, a adaptação não é bem-sucedida (McCubbin & Patterson, 1983).

Como consequência de receber este diagnóstico, as doentes sentem mais preocupações com os filhos (Billhult & Segesten, 2003; Stinesen-Kollberg, Wilderäng, Möller, & Steineck, 2014; Walsh, Manuel, & Avis, 2005). Ao nível da parentalidade, os estudos centram-se em dimensões distintas, por exemplo, nas estratégias parentais adotadas preventivamente com o intuito de proteger os filhos (Billhult & Segesten, 2003; Helseth & Ulfsæt, 2005; Shands, Lewis, & Zahlis, 2000) e nas implicações de "ser mãe" no processo de adaptação à doença (Billhult & Segesten, 2003; Kravdal, 2003; Stinesen-Kollberg et al., 2014). Independentemente das dimensões analisadas, os estudos encontram alterações na parentalidade após o diagnóstico materno. Em termos da relação mãe-filhos, há uma melhoria neste relacionamento (Al-Zaben, Al-Amoudi, El-deek, & Koenig, 2014; Helseth & Ulfsæt, 2005), inerente ao fornecimento de apoio instrumental e emocional dos filhos às mães (Kim, Ko, & Jun, 2012; Yoshida et al., 2010).

Na literatura constata-se que algumas dimensões ainda não foram analisadas, tais como: as estratégias adotadas pelas mães quando se deparam com mudanças no funcionamento dos filhos; o momento em que a família se consegue descentrar da doença; os contributos da vivência do CM no relacionamento mãe-filhos atual e o desenvolvimento de uma visão global do processo de adaptação desta relação à presença do CM, desde o diagnóstico até ao presente. Além disso, existem poucos estudos que analisem as mudanças que ocorrem

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.

na interação dos filhos com as mães, de modo a serem facilitadores desta experiência. Perante estas lacunas e devido à importância do papel de mãe nas mulheres (Stiffler et al., 2008), ao aumento do número de sobreviventes com CM e, segundo o nosso conhecimento, devido à inexistência de estudos em Portugal; o presente estudo tem como principal objetivo compreender a vivência do CM na relação mãe-filhos e na parentalidade numa ótica de causalidade circular, surgindo as seguintes questões de investigação: (1) *De que forma a relação mãe-filhos se ajusta ao CM materno?*; (2) *Quais as estratégias usadas pelas mães perante as reações negativas dos filhos ao seu CM?*; (3) *Quais os contributos do diagnóstico no funcionamento familiar a curto e a longo prazo?* e (4) *De que forma os filhos ajudaram as mães a ajustarem-se ao CM?*.

MÉTODO

A amostra foi constituída por 17 mulheres sobreviventes de CM com filhos dependentes no momento do diagnóstico e que no presente não se encontravam a realizar tratamentos oncológicos (exceto a hormonoterapia), tratando-se de um estudo retrospetivo. No diagnóstico a média de idades era de 41.59 anos (*DP*=5.591; intervalo 31-51) e todas as participantes tinham uma relação amorosa. Atualmente duas participantes encontram-se viúvas, sendo que as restantes mantêm o seu estado civil. A média do tempo decorrido desde que receberam o diagnóstico é de 8.24 anos (*DP*=6.806; intervalo 1-29). Quanto à escolaridade, a maioria das participantes têm uma escolaridade abaixo do ensino secundário (52.9%). Relativamente aos filhos, a média de idade, no momento do diagnóstico, era de 11.22 anos (*DP*=6.925) e a maioria são rapazes (74.07%). Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada individual, especificamente elaborada para o efeito, com duração média de 85 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio, após a obtenção do consentimento informado, tendo sido obtida a aprovação da Comissão de Ética da FPCEUP. O procedimento de seleção da amostra foi por conveniência, utilizando-se o método "bola de neve". Os dados foram analisados segundo o método *Grounded Theory*, com recurso ao programa *NVivo 10*.

RESULTADOS

Da análise das entrevistas emergiram três temáticas: preocupações com os filhos; mudanças na relação mãe-filhos e dinâmicas e rotinas familiares após o diagnóstico de CM.

De que forma a relação mãe-filhos se ajusta ao CM materno?

Através da análise das mudanças ocorridas na relação mãe-filhos verifica-se que ambos ajustam as suas ações, de modo a facilitar a vivência desta crise porém, ao contrário do que

é postulado pelo *modelo duplo ABCX* (McCubbin & Patterson, 1983), os resultados deste estudo demonstraram que estas mudanças ocorrem a partir do período de crise. Perante a vivência de ter CM, todas as participantes mencionaram que existiram *mudanças na interação que estabeleciam com os seus filhos*, por exemplo ao nível da *disponibilidade* que tinham para eles (10/17), sendo que nuns casos esta aumentou (Helseth & Ulfsæt, 2005; Shands et al., 2000) e noutros diminuiu (Fisher & O'Connor, 2012; Ohlén & Holm, 2006). Outra mudança remete para a adoção de comportamentos que visavam *prevenir o impacto do diagnóstico no funcionamento dos filhos* (17/17), verificando-se a adoção de algumas ações equivalentes às referidas na literatura (Helseth & Ulfsæt, 2005; Shands et al., 2000), nomeadamente, *a tentativa de manter as rotinas* (11/17) e a *envolvência dos filhos na vivência do CM* (3/17).

Numa tentativa de ajudarem a mãe e de potenciar o seu bem-estar, os filhos forneceram *apoio instrumental* (e.g., nas tarefas domésticas) e *emocional* (e.g., dar conforto) às cuidadoras, tal como referido na literatura (Kim et al., 2012; Yoshida et al., 2010). O *apoio instrumental* foi fornecido pelos filhos maiores de 10 anos. Adicionalmente, 14 mães identificaram que os filhos adotaram alguns comportamentos de forma a *diminuir as suas preocupações*, por exemplo, através do recurso a *evitamentos* ao nível da partilha dos seus pensamentos e sentimentos. Quanto à supressão emocional nos filhos verifica-se que as suas mães (com a exceção de uma) também adotavam esta estratégia de *coping* emocional na interação com eles, podendo corresponder ao padrão de funcionamento familiar e demonstrando que as mães modelam os comportamentos dos filhos.

O *modelo duplo ABCX* refere que a adaptação eficaz da família ao stressor pode desencadear mudanças favoráveis no sistema (McCubbin & Patterson, 1983). Assim, analisou-se os *contributos da vivência de CM na relação mãe-filhos atual*, sendo que 10 participantes mencionaram que o CM influenciou a relação que estabelecem com os filhos. Relativamente à qualidade desta relação, tal como referido na literatura (Al-Zaben et al., 2014; Helseth & Ulfsæt, 2005), há uma melhoria nesta relação, sendo que estas mães mencionaram que após o seu diagnóstico até ao momento houve um *fortalecimento da relação* (e.g., intensificação da aproximação afetiva) e três mencionaram *alterações nas regras impostas*. As restantes sete participantes consideraram que esta vivência *não interferiu* na relação atual.

Quais as estratégias usadas pelas mães perante as reações negativas dos filhos ao seu CM?

Atualmente, ainda não existem estudos que analisem as estratégias de *coping* utilizadas pelas pacientes quando identificam alterações no funcionamento dos filhos. Assim, após a confrontação com as reações negativas dos filhos (e.g., sintomatologia depressiva e ansiosa), 13 participantes revelaram utilizar três *estratégias*, tais como: *fornecer conforto e promover emoções positivas* nos filhos (8/13); *explorar e relativizar* os motivos implícitos às mudanças nos filhos (11/13) e por fim, *recorrer ao apoio de profissionais* (7/13), nomeadamente, de psicólogos e dos educadores/professores dos descendentes. Estes resultados demonstram que apesar das mães estarem a viver um momento onde a sua sobrevivência

está ameaçada, continuam a fornecer cuidados aos filhos, revelando que o papel de mãe continua ativo e reforçando a centralidade que este papel tem no dia-a-dia das pacientes (Stiffler et al., 2008).

Quais os contributos do diagnóstico no funcionamento familiar a curto e a longo prazo?

Perante o diagnóstico materno, as dinâmicas familiares e o exercício da parentalidade também se alteraram, ocorrendo *mudanças devido aos tratamentos* (15/17). Por exemplo, as participantes obtiveram *apoio dos familiares* na prestação de cuidados aos filhos (8/15), especialmente quando estes eram menores. Em termos da *manutenção das rotinas*, espontaneamente 12 participantes referiram que as rotinas se mantiveram, mas com recurso à memória episódica constatou-se que apenas duas participantes não relataram alterações no funcionamento familiar. Este discurso pode ser influenciado pelo esforço constante destas mães em manter a normalidade familiar (Billhult & Segesten, 2003), num período onde as mudanças são inevitáveis (Ohlén & Holm, 2006).

Remetendo para as *tarefas parentais*, 14 participantes mencionaram mudanças no exercício da parentalidade, nomeadamente, no *papel parental do pai* (13/14), nas *aprendizagens proporcionadas* (2/14) e nas *regras familiares e parentais* (4/14) estabelecidas. Em termos do *papel parental do pai*, tal como referido na literatura (Helseth & Ulfsæt, 2005; Walsh et al., 2005), em algumas famílias (11/17), o pai tornou-se mais ativo na educação dos filhos, aumentando a sua *disponibilidade e a responsividade* para as necessidades dos mesmos. Contudo, quatro participantes referiram que as responsabilidades parentais *mantiveram-se*, verificando-se que nas famílias onde a mãe continua a ser a principal cuidadora dos filhos, existe uma clara divisão nas funções parentais: a mãe fica responsável pela educação dos filhos e o pai por sustentar financeiramente a família. Esta análise demonstra a importância da cultura no ajustamento da família a uma situação de crise (McCubbin & Patterson, 1983).

Quando interrogadas sobre o *momento em que a família se descentrou do CM*, quatro mães não conseguiram identificar este momento e três relataram *dificuldades em se descentrar* da mesma. Neste último caso, as participantes revelavam dificuldades em se descentrar de si e em refletir na interferência do CM no funcionamento familiar, uma vez que poderão estar a viver num *estado de emergência*[1]. Porém, 10 participantes conseguiram *identificar um momento*, por exemplo, após o fim dos tratamentos. Este retorno à normalidade pode demonstrar que após a crise, a família conseguiu integrar esta vivência no seu ciclo de vida.

De que forma os filhos ajudaram as mães a ajustarem-se ao CM?

Todas as participantes mencionaram que sentiram preocupações com os seus filhos, relacionadas com a vivência de CM. Estas *preocupações com os filhos* podem ser divididas em duas dimensões: preocupação com o *impacto do diagnóstico no funcionamento dos*

[1] Período em que a integridade familiar está ameaçada, tornando os comportamentos familiares automáticos e, excessivamente, focados no presente e na doença.

filhos (15/17) e *preocupações pessoais* relacionadas com estes (9/17). Estas preocupações surgem porque as participantes percecionam o cancro como uma ameaça ao bem-estar dos filhos, fazendo com que tentem colocar as necessidades destes em primeiro lugar, tal como é referido na literatura (Billhult & Segesten, 2003; Helseth & Ulfsæt, 2005). Embora os filhos constituam uma fonte de preocupação para estas mães (Helseth & Ulfsæt, 2005; Stinesen-Kollberg et al., 2014), também se verifica que são *facilitadores do ajustamento das mesmas à sua doença* (Billhult & Segesten, 2003; Kravdal, 2003). Em termos da gestão da doença verifica-se que "ser mãe" constitui um fator protetor desta vivência (Billhult & Segesten, 2003; Kravdal, 2003), na medida em que 13 participantes identificaram os seus filhos como *fonte de ligação à vida*, promovendo a supressão de pensamentos de desistência e aumentando a sua vontade de viver e a motivação para lidarem com os efeitos biopsicossociais do CM. Adicionalmente, algumas participantes (7/17) identificaram como facilitadores o facto dos filhos *compreenderam e se conseguiram ajustar à doença materna e às suas implicações*, bem como os *comportamentos* adotados por estes (12/17) por exemplo, o apoio fornecido.

Sistematização da vivência do CM materno na relação mãe-filhos e na parentalidade

Baseado nos resultados obtidos e no *modelo duplo ABCX,* o presente estudo propõe uma conceptualização sobre a vivência do CM na relação mãe-filhos (cf. Figura 1). Assim, os resultados indicam que este diagnóstico interfere no funcionamento familiar, podendo levar a uma crise consoante a perceção subjetiva que cada elemento da família tem sobre esta doença e os recursos disponíveis, tal como o *modelo duplo ABCX* postula (McCubbin & Patterson, 1983). Quando a crise surge, a família passa a viver num *estado de emergência*, surgindo reações individuais de todos os elementos, os padrões de funcionamento familiar alteram-se para que este sistema se ajuste à doença e há a intensificação das preocupações das mães com os filhos. Estas três dimensões são influenciadas pelos recursos do sistema e, em algumas famílias, por uma resignificação do CM. O objetivo central da família torna-se a proteção das figuras significativas, levando a alterações na relação mãe-filhos e na parentalidade, à ativação das redes de apoio formais e informais e o pai torna-se mais ativo no exercício do papel parental.

Quando a família se consegue descentrar da doença, as mães conseguem começar a atribuir um novo significado ao CM, permitindo-lhes refletir sobre os ganhos desta experiência, por exemplo, na melhoria da relação que atualmente estabelecem com os filhos. Assim, o sistema começa a tentar integrar o CM no seu ciclo de vida, atingindo a adaptação. Porém, neste processo pode surgir estímulo reativador, que reavive memórias desagradáveis ou inseguranças (e.g., histórias de mulheres que faleceram com CM), fazendo com que o sistema ou um dos seus subsistemas retornem ao momento de crise, ou seja, o processo de adaptação não é linear nem sequencial. A presença deste estímulo foi encontrada no testemunho de algumas participantes, que relataram sintomas depressivos e/ou ansiosos perante este estímulo, voltando a vivenciar uma crise, mesmo que de menor intensidade.

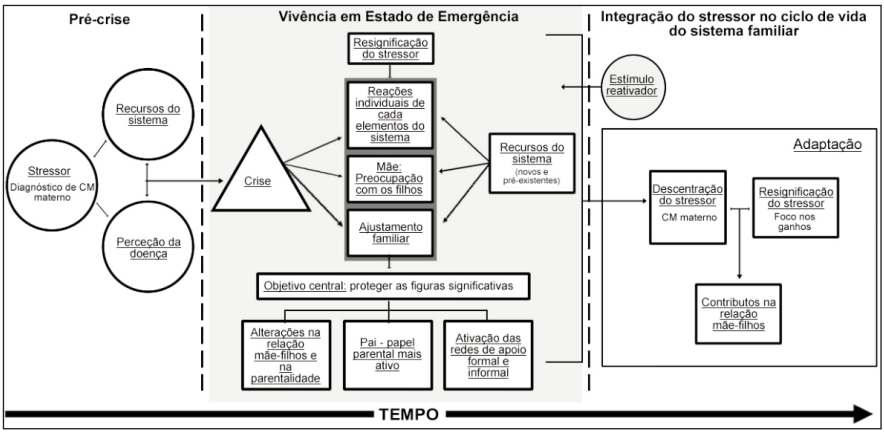


Figura 1. Esquematização da vivência de cancro da mama materno na relação mãe-filhos e na parentalidade

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu constatar que o processo de adaptação da relação mãe-filhos ao CM implica mudanças nos padrões de funcionamento da família, não é sequencial e a causalidade dos acontecimentos é circular. Por um lado, perante o diagnóstico materno, a relação mãe-filhos passa a desenvolver-se numa base de proteção mútua e, na maioria das famílias, o pai torna-se mais ativo na educação dos filhos. Por outro lado, "ser mãe" é um fator protetor desta vivência. Quanto às potencialidades, este estudo é pioneiro na análise desta temática na população portuguesa; permitiu obter diferentes reflexões sobre esta experiência, devido à heterogeneidade no tempo decorrido desde o diagnóstico; fornece novos conhecimentos, que não foram contemplados em estudos anteriores; propõe uma conceptualização teórica desta vivência e teve benefícios para as participantes, pois todas consideraram que foi uma experiência enriquecedora. Quanto às limitações, os resultados correspondem a um grupo específico de mulheres, por todas referirem que a família é coesa, por estarem satisfeitas com as relações familiares e por a maioria dos filhos serem rapazes. O ponto de saturação não foi atingido. Algumas senhoras revelaram dificuldade em compreender o guião. Por fim, devido ao carácter retrospetivo do estudo, os conhecimentos sobre o momento de crise podem estar incompletos. Assim, em estudos futuros será importante recorrer a metodologias que possam ser usadas no momento de crise (e.g., diários de bordo), integrar diversos informantes dos vários subsistemas familiares, estudos com mulheres com CM metastizado e desenvolver-se estudos quantitativos. Para a prática clínica, este estudo permitiu conhecer algumas necessidades das participantes no período de crise, possibilitando o desenvolvimento de programas de intervenção psicológica que,

por exemplo, permitam a expressão emocional num ambiente seguro. Além disso, pode possibilitar o desenvolvimento de apoios sociais e institucionais, bem como de programas de psicoeducação.

REFERÊNCIAS

Al-Zaben, F., Al-Amoudi, S. M., El-deek, B. S., & Koenig, H. G. (2014). Impact of maternal breast cancer on school-aged children in Saudi Arabia. *BMC Research Notes*, *7*(1), 2-11. doi: 10.1186/1756-0500-7-261

Billhult, A., & Segesten, K. (2003). Strength of motherhood: Nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *17*(2), 122-128.

Fisher, C., & O'Connor, M. (2012). "Motherhood" in the context of living with breast cancer. *Cancer Nursing*, *35*(2), 157-163. doi: 10.1097/NCC.0b013e31821cadde

Helseth, S., & Ulfsæt, N. (2005). Parenting experiences during cancer. *Journal of Advanced Nursing*, *52*(1), 38-46.

Kim, S., Ko, Y. H., & Jun, E. Y. (2012). The impact of breast cancer on mother-child relationships in Korea. *Psycho-Oncology*, *21*(6), 640-646. doi: 10.1002/pon.1941

Kravdal, Ø. (2003). Children, family and cancer survival in Norway. *International Journal Of Cancer*, *105*(2), 261-266. doi: 10.1002/ijc.11071

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review, 6*(1-2), 7-37. doi: 10.1300/J002v06n01

Ohlén, J., & Holm, A.-K. (2006). Transforming desolation into consolation: Being a mother with life-threatening breast cancer. *Health Care for Women International*, *27*(1), 18-44. doi: 10.1080/07399330500377226

Shands, M. E., Lewis, F. M., & Zahlis, E. H. (2000). Mother and child interactions about the mother's breast cancer: An interview study. *Oncology Nursing Forum*, *27*(1), 77-85.

Stiffler, D., Haase, J., Hosei, B., & Barada, B. (2008). Parenting experiences with adolescent daughters when mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, *35*(1), 113-120. doi: 10.1188/08.ONF.113-120

Stinesen-Kollberg, K., Wilderäng, U., Möller, A., & Steineck, G. (2014). Worrying about one's children after breast cancer diagnosis: Desired timing of psychosocial intervention. *Supportive Care in Cancer*, *22*(11), 2987-2995. doi: 10.1007/s00520-014-2307-z

Walsh, S. R., Manuel, J. C., & Avis, N. E. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families, Systems, & Health*, *23*(1), 80-93. doi: 10.1037/1091-7527.23.1.80

Yoshida, S., Otani, H., Hirai, K., Ogata, A., Mera, A., Okada, S., & Oshima, A. (2010). A qualitative study of decision-making by breast cancer patients about telling their children about their illness. *Supportive Care in Cancer*, *18*(4), 439-447. doi: 10.1007/s00520-009-0682-7

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Prevenção do stress na infância: Contributo para a sua avaliação com o P2SEPE

ROSA MARIA GOMES (*)
ANABELA SOUSA PEREIRA (*)
VANESSA SOFIA AIRES (**)

Um indivíduo entra em stresse quando as exigências das situações são superiores aos seus recursos, independentemente dos fatores idade, raça, sexo e situação socioeconómica. Segundo alguns autores (Lipp, 1991; Trianes, 2004; Vaz-Serra, 2002), as circunstâncias indutoras de stresse podem ser de natureza física, psicológica e social, podendo ter implicações ao nível dos sintomas fisiológicos, cognitivos e comportamentais. O stresse infantil pode ter causas externas e internas, tal como no adulto, mas essas causas são diferentes. Algumas das fontes externas que mais causam stresse na infância, segundo Lipp, (2000) e Trianes (2004), são as mudanças significativas, ou constantes, responsabilidades em excesso, sobrecarga de atividades, brigas, ou separação dos pais, morte na família, exigência, ou postos de parte pelos colegas. Também estudos sobre as situações indutoras de stresse na infância (Gomes & Pereira, 2007) mostraram que as causas externas do tipo familiar são situações indutoras de stresse em crianças que frequentaram o jardim-de--Infância.

Na atualidade esta discussão prende-se igualmente com a transdisciplinaridade do processo educativo, ao englobar para além do ensino-aprendizagem a valoração da promoção de estilos de vida saudável. Daí a importância das Escolas Promotoras de Saúde, na sequência da Carta de Ottawa de 1986, que realça a Saúde como um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais, assim como, as capacidades psicológicas, o que implica, de acordo com Pereira (2005), promover o empoderamento e a participação ativa dos cidadãos e das comunidades em que se inserem.

O jardim-de-infância, como espaço educativo para a infância, deverá estar também implicado nestes processos. As estratégias da OMS, *Health for All in the 21st century*, apontam para que, no ano 2015, pelo menos 50% das crianças que frequentam o jardim-de--infância tenham a oportunidade de ser educadas em Escolas Promotoras de Saúde (EPS). Uma EPS (DGS, 2004) é a que garante a todas as crianças e jovens, que a frequentam, a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os fatores que a influenciam.

(*) Universidade de Aveiro, Portugal.
(**) Universidade de Coimbra, Portugal.

Por sua vez, a promoção da saúde mental deverá passar pela prevenção de doenças psíquicas e pela promoção da saúde que assenta na tranquilidade, na resiliência, na assertividade, no equilíbrio interpessoal e intrapessoal na vida familiar e na vida em comunidade (Gil, 2005; Gil & Diniz, 2006). Desta forma a promoção da saúde mental contribui para a melhoria da qualidade de vida no meio escolar e para o sucesso intra e interpessoal.

Ao longo da história da avaliação psicológica, especificamente no estudo da avaliação da ansiedade infantil, salientam-se as técnicas de observação clínica, entrevistas e instrumentos projetivos. Na Europa, na década de 40, o foco dos estudos centravam-se essencialmente na abordagem do medo, insegurança e nos problemas de comportamento das crianças que perderam ou se separaram dos pais no período da Segunda Grande Guerra. Mais recentemente, outras mudanças ao nível da estrutura familiar, como seja a monoparentalidade, colocam desafios e outras abordagens na relação pais e filhos, em que o stresse a que os pais estão expostos pode influenciar o desenvolvimento de comportamentos externos na primeira infância (Williford, Calkins, & Keane, 2007).

A síntese evolutiva apresentada por Silva e Figueiredo (2005) salientou que desde a década de 50 até 2002, foram encontrados cerca de 118 instrumentos diferentes para esta finalidade. A partir de 1950, surgiram os primeiros instrumentos psicométricos para avaliação da ansiedade de crianças como, por exemplo, o *Sarason's General Anxiety Scale for Children*, criado em Yale-EUA (Mandler & Sarason, 1952), baseado na escala original de ansiedade manifesta para adultos, *Taylor Manifest Anxiety Scale* (Taylor, 1955) e a primeira versão do *Fear Survey Schedule for Children* (FSSC), elaborada por Scherer e Nakamura (1968). Atualmente, a avaliação da ansiedade em crianças é feita por meio de questionários de autorrelato ou relato de pais e professores, *checklists*, entrevistas padronizadas, denominadas escalas ou testes. Também numa pesquisa de Pacanaro e Santos (2007), sobre instrumentos para avaliação do stresse em contexto escolar, que analisou publicações em revista de referência entre o período de 1996 a 2005 se concluiu que o instrumento mais utilizado para a avaliação do stresse neste contexto foi a *Escala de Stress Infantil* de Lucarelli e Lipp, 1999. Contudo, estes instrumentos de identificação e avaliação são bons auxiliares da prática educativa, mas não são a solução em si mesmo. O educador com estes instrumentos tem ao seu dispor cada vez mais técnicas que o apoiam, mas importa ainda refletir sobre a dimensão da formação docente. Uma ação educativa competente é aquela que, além de conhecimento, gera bem-estar para si mesmo e para suas crianças/alunos e, em consequência, para o contexto socio afetivo em que ambos estão inseridos (Parolin & Caldeira, 2007).

O presente estudo procurou contribuir para o desenvolvimento de uma escala de *Prevenção do Stresse na Educação Pré-Escolar*, especificamente estudar as características psicométricas das subescalas ECPLSI, EPELSI e ESISI, sobre competências pedagógicas, práticas educativas e situações indutoras de stress em contexto da educação de infância.

MÉTODO

Os participantes envolveram 260 educadores do género feminino (97,7%) e do género masculino (2,3%), com idades entre os 18 e 60 anos. As maiorias dos educadores (87%) são docentes em instituições públicas, com 1 a 46 anos de serviço docente. A organização das classes em grupos heterogéneos de idade é a distribuição mais representativa (82,7%), distribuídos por classes com crianças de 3, 4 e 5 anos (39,3%), de 4 e 5 anos (13,3%) e 3, 4, 5 e 6 anos (10,3%). Os educadores que participaram no estudo disponibilizam 1 a 30 horas por semana, no planeamento da prática pedagógica.

O instrumento aplicado foi o *Protocolo de Prevenção do Stresse na Educação Pré-Escolar – P2SEPE*, desenvolvida por Gomes e Pereira (2009), tipo *likert*, com 4 níveis de resposta, que variavam entre zero (nunca) e três (muitas vezes). É um instrumento de avaliação dirigido a educadores que desenvolvem atividade docente com crianças em idade pré-escolar (3-6 anos), que procura identificar competências pedagógicas do educador para lidar com o stresse na infância, avaliar situações que podem ser indutoras de stresse e identificar algumas das práticas educativas para prevenção do stresse na Infância. Este Protocolo tem as seguintes subescalas: (a) Situações Indutoras de Stresse na Infância (ESISI), 18 itens; (b) Práticas Educativas para Lidar com o Stresse na Infância (EPELSI), 18 itens; (c) Competências Pedagógicas para Lidar com o Stresse na Infância (ECPLSI), 15 itens.

Nos procedimentos a recolha da amostra decorreu no primeiro trimestre de 2015, junto de educadores que desenvolvem a atividade docente com crianças dos 2 aos 6 anos, através de questionários de autopreenchimento anónimos e confidenciais. A recolha dos questionários foi obtida através do *Google Drive* e difundido por correio eletrónico junto dos Diretores de Agrupamento de escolas da região norte de Portugal. As questões éticas foram respeitadas, a participação foi voluntária e cada questionário era acompanhado de informação explicativa dos objetivos, das condições da pesquisa, sendo assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados. Utilizamos para a análise dos dados o programa estatístico SPSS, versão 21.0, para MS Windows.

RESULTADOS

A Escala sobre Situações Indutoras de Stresse na Infância (ESISI) constituída por 18 itens, aborda situações que podem ser indutoras de stresse em crianças de idade Pré-Escolar. Efetuámos a análise de componentes principais (ACP), método de rotação *varimax* com normalização de *Kaiser* (Tabela 1) e para os valores próprios superiores a 1 (regras do *eigenvalue*), com os 18 itens, extraíram-se 4 fatores que explicaram 55,0% da variância total. Aplicámos o teste de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e teste de *Bartlett*, para validar a análise fatorial do questionário e obtivemos o valor de .854 e o nível de significância de .000, apresentando boa análise dos componentes principais.

Tabela 1

Estrutura fatorial da subescala Situações Indutoras de Stresse na Infância – ESISI (18 itens)

Fatores	Itens	*Alfa de Cronbach*	Variância explicada
Causas internas psicossociais – F1	8, 9, 10, 11, 12, 13 e 16	.80	30,64%
Causas Externas de componente familiar – F2	1, 2, 3, 4, e 5	.69	8,19%
Causas Externas de componente escolar – F3	14, 15, 17 e 18	.55	6,96%
Causas internas de componente familiar – F4	7 e 6	.83	9,27%

A matriz de componente rodada permitiu identificar a distribuição dos itens pelos 4 fatores extraídos. O fator 1 intitulado de "*causas internas psicossociais*" com 7 itens explica 30,64% da variância. O fator 2 designado por "*causas externas de componente familiar*" com 5 itens explica 8,19% da variância. O fator 3 designado por "*causas externas de componente escolar*" com 4 itens explica 6,96% da variância. O fator 4 designado por "*causas internas de componente familiar*" com 2 itens e explica 9,27% da variância. Do estudo psicométrico do instrumento obtivemos valores globais de .85 no *Alfa de Cronbach*. Para cada um dos fatores os valores de *Alfa* foram de .80 para o fator 1, .69 para o fator 2, .55 para o fator 3 e .83 para o fator 4, apresentando boas características psicométricas, ao nível da consistência interna e da análise fatorial.

A subescala *Práticas Educativas para Lidar com o Stresse na Infância (EPELSI)* constituída por 18 itens, que procura identificar a importância atribuída pelos educadores de Infância às práticas educativas, na prevenção do stresse na infância. Através do ACP, método de rotação *varimax* com normalização de *Kaiser* (Tabela 2) e para os valores próprios superiores a 1, extraíram-se 4 fatores, que explicaram 55,51% da variância total. Aplicámos o teste KMO e teste de *Bartlett* obtendo o valor de .862 e, o nível de significância de .000, apresentando boa análise dos componentes principais.

Tabela 2

Estrutura fatorial da subescala Práticas Educativas para Lidar com o Stresse na Infância (EPELSI)

Fatores	Itens	*Alfa de Cronbach*	Variância
Promoção do bem-estar – F1	7, 14, 15, 16, 17 e 18	.68	7,20%
Cooperação escola/família – F2	1, 2, 4, 5 e 6	.71	6,50%
Atividades de Prevenção – F3	3, 8, 10 e 11	.76	31,45%
Planeamento psicoeducativo – F4	9, 12 e 13	.59	10,35%

A matriz de componente rodada permitiu identificar a distribuição dos itens pelos 4 fatores extraídos. O fator 1, que intitulámos de "*Promoção do bem-estar*", com 6 itens

explica 7,20% da variância. O fator 2 designado por "*cooperação escola/família*" com 5 itens explica 6,50% da variância. Os itens do fator 3 avaliam a dimensão "atividades de *prevenção*" com 4 itens, que explica 31,45% da variância. O fator 4 designado por "*planeamento psicoeducativo*" com 3 itens explica 10,35% da variância.

Do estudo psicométrico do instrumento obtivemos valores globais de *Alfa de Cronbach* de .82. Para cada um dos fatores os valores de *Alfa* foram de .68 para o fator 1, .71 para o fator 2, .76 para o fator 3 e .59 para o fator 4, com boa análise dos componentes principais.

A *Escala de Competências Pedagógicas para Lidar com o Stresse na Infância (ECPLSI)*, constituída por 15 itens, pretende identificar quais as competências pedagógicas do educador para lidar com as situações indutoras de stresse na infância. Pela ACP método de rotação *varimax* com normalização de *Kaiser* (Tabela 3) e para os valores próprios superiores a 1, com os 15 itens, extraíram-se 4 fatores que explicam 63,40% da variância total. Aplicámos o teste KMO e teste de *Bartlett* obtendo o valor de .778 e o nível de significância de .000, apresentando uma média análise dos componentes principais.

Tabela 3

Estrutura fatorial da subescala Competências Pedagógicas para Lidar com o Stresse na Infância (ECPLSI) (15 itens)

Fatores	Itens	*Alfa de Cronbach*	Variância
Criatividade pedagógica – F1	5, 6, 7, 8, 9 e 10	.75	11,66%
Formação graduada – F2	1, 2 e 3	.83	17,06%
Identificar sintomas – F3	4, 13, 14 e 15	.80	27,53%
planeamento reflexivo – F4	12 e 11	.70	7,16%

A matriz de componente rodada permitiu identificar a distribuição dos itens pelos 4 fatores extraídos. O Fator 1, intitulado por "*criatividade pedagógica*", com 6 itens, explica 11,66% da variância. O Fator 2, intitulado por "Formação *graduada"*, com 3 itens, explica 17,06% da variância. O Fator 3, que intitulamos por "*identificar sintomas*", com 4 itens, explica 27,53% da variância e o Fator 4, intitulado por "*planeamento reflexivo*", com 2 itens, explica 7,16% da variância. Os quatro fatores explicaram 61,58% da variância total.

Do estudo psicométrico do instrumento obtivemos valores globais de *Alfa de Cronbach* de .80. Para cada um dos fatores os valores de *Alfa de* foram de .75 para o Fator 1, de .83 para o Fator 2, de .80 para o Fator 3 e de .70 para o Fator 4, valores estes considerados adequados e indicadores de boa consistência interna dos respetivos fatores.

Pela análise descritiva dos fatores (Tabela 4), que compõem as três subescalas do *Protocolo de Prevenção do Stresse na Educação Pré-Escolar – P2SEPE*, mostra que os fatores que compõem a ESISI, os sujeitos da amostra apresentaram valores médios mais

altos nas causas internas psicossociais (*M*=16,08; *DP*=3,26) e valores médios mais baixos nas causas internas de componente familiar (*M*=3,95; *DP*=1,24).

Tabela 4

Análise descritiva dos fatores por ordem decrescente (P2SEPE)

Subescalas	Fatores	*N*	*M*	*DP*
ESISI	F1 – Causas internas psicossociais	300	16,08	3,26
	F2 – Causas externas de componente familiar	300	13,34	1,92
	F3 – Causas externas de componente escolar	298	7,86	2,16
	F4 – Causas internas de componente familiar	300	3,95	1,24
EPELSI	F3 – Atividades de prevenção	300	14,46	1,21
	F2 – Cooperação escola/família	300	13,52	1,57
	F4 – Planeamento psicoeducativo	299	9,06	2,13
	F1 – Promoção do bem-estar	299	8,98	2,03
ECPLSI	F1 – Criatividade pedagógica	298	12,92	3,01
	F3 – Identificação de sintomas	298	7,85	2,65
	F4 – Planeamento reflexivo	297	5,56	0,85
	F2 – Formação graduada	298	3,30	2,36

Nos fatores que compõem a EPELSI, os sujeitos da amostra apresentaram valores médios mais altos nas Atividades de Prevenção (*M*=14,46; *DP*=1,21) e valores médios mais baixos na Promoção do bem-estar (*M*=8,98; *DP*=2,03). Por outro lado na ECPLSI, os sujeitos da amostra apresentaram valores médios mais altos na criatividade pedagógica (*M*=12,92; *DP*=3,01) e valores médios mais baixos na formação graduada (*M*=3,30; *DP*=2,36).

DISCUSSÃO

Atendendo a que este estudo é exploratório, os resultados deverão ser lidos com alguma precaução. Além disso, tendo em consideração que é um estudo inovador realizado em Portugal com esta população e com este instrumento de avaliação, não temos dados nacionais suficientes, que nos permitam comparar.

Os resultados evidenciam que o instrumento apresenta boas características psicométricas, ao nível da consistência interna e da análise fatorial. A ESIS identificou a existência de quatro fatores, que revelaram causas internas (psicossociais e de componente familiar) e causas externas (componente familiar e de componente escolar). A subescala ECPLSI procura identificar algumas das competências pedagógicas que os educadores terão de co-construir para evoluir para uma *práxis* nas quatro dimensões evidenciadas: criatividade pedagógica, formação graduada especializada, identificação de sintomas de

stresse e planeamento reflexivo. Estas competências estão próximas das competências gerais dos educadores, encontradas por Dias (2008), Pereira e Gomes (2012), mas mais específicas para esta problemática. O educador terá que desenvolver competências que lhe confiram qualidades para, observar, avaliar, planificar, organizar o ambiente educativo, relacionar-se com diferentes agentes educativos, promover o desenvolvimento e aprendizagem da criança ao nível no desenvolvimento pessoal e social, de modo a lidar com as situações de stresse na infância.

A formação de educadores/professores e psicólogos deverá ser orientada educação para a saúde. As implicações deste estudo apontam para a utilidade deste instrumento na prevenção do stress na primeira infância, contribuindo para promoção de estilos de vida saudáveis, sendo no entanto necessários estudos confirmatório

REFERÊNCIAS

DGS-Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos – Prioridades* (Vol. I, pp. 1-88). Lisboa: DGS.

Gil, G. (2005). Sucesso, Auto-Estima e Resiliência na Educação de Infância. *Cadernos de Educação de Infância, 75*, 7-12.

Gil, G., & Diniz, J. (2006). Educadores de infância promotores de saúde e resiliência: Um estudo exploratório com crianças em situação de risco. *Análise Psicológica*, *XXIV*(2), 217-234.

Gomes, R. M., Pereira, A., & Aires, V. (2013). Práticas educativas para lidar com o stresse na infância (EPELSI): Estudo psicométrico. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. Silva, & A. Gomes (Orgs.), *Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 227-233). Universidade de Aveiro.

Gomes, R. M., & Pereira, A. (2007). Perspectivas dos educadores sobre as situações indutoras de stresse: Estudo exploratório em contextos educativos para a infância. *Revista Psicologia e Educação, VI*(2), 61-72. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Lipp, E. (Org.). (2000). *Crianças estressadas: Causas, sintomas e soluções*. Campinas, SP: Papirus.

Lipp, E., Souza, E. A. P. S., Romano, A. S. F. E., & Covolan, M. A. (1991). *Como enfrentar o Stress Infantil*. São Paulo: Editor Ícone.

Lucarelli, M. D., & Lipp, E. (1999). Validação do inventário de sintomas de stress infantil – ISS – I. *Psicologia Reflexão e Crítica, 12*(1), 71-88.

Mandler, G., & Sarason, S.B. (1952). *A* study of anxiety and learning. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(2), 166-73

Pacanaro, S. V., & Santos, A. A. A. (2007). Avaliação do estresse no contexto educacional: Análise de produção de artigos científicos. *Avaliação Psicológica*, *6*(2), 253-260.

Parolin, I. C. H., & Caldeira, R. C. T. (2007). Formação de professores: Um investimento em autoconhecimento. *Revista Psicopedagogia*, *24*(74), 169-181.

Pereira, A. (2005). *Para obter sucesso na vida académica: Apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A., & Gomes, R. (2012). Avaliação de competências pedagógicas dos educadores e o stresse na infância. In *INFAD: Revista de Psicologia. Infancia y Adolescencia em un mundo en crisis y cambio, 1*(1), 29-36. [ISSN: 0214-9877]

Silva, W., & Figueiredo, V. (2005). Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Psiquiatria* 27(4), 329-335.

Scherer, M. & Nakamura, C. (1968). A Fear Survey Schedule for Children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour, Research and Therapy, 6*(2), 173-82.

Taylor, J. A. (1955). The Taylor Manifest Anxiety Scale and Intelligence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 51*(2), 347.

Trianes, M. V. (2004). *O stress na infância: Prevenção e tratamento*. Porto: Edições ASA

Vaz-Serra, A. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: G.C., Gráfica de Coimbra, Lda.

Williford, Amanda P., Calkins, Susan D., & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 251-263. doi: 10.1007/s10802-006-9082-3

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Violência conjugal contra a mulher: Perspectivas de mães vítimas de violência sobre as consequência nos seus/suas filhos(as)

SALETE CALVINHO (*)
NATÁLIA RAMOS (**)

A violência doméstica é um fenómeno social, familiar e de saúde, que tem adquirido grande relevância e visibilidade nos últimos tempos, frequente nas famílias em diversas sociedades podendo fazer vítimas em todos e em qualquer elemento da família.

O número de mulheres que são atingidas pela violência perpetrada pelo seu companheiro afectivo é grande. A violência dirigida à mulher pela pessoa por quem sente afecto e escolheu para partilhar um projecto relacional e familiar é devastadora para a sua saúde global e holística comprometendo-a e prejudicando o seu desempenho pessoal e nos diversos papéis familiares e sociais.

Em 2014, a violência doméstica foi o crime mais registado pela APAV (Associação Portuguesa de Apoio às Vítimas) em Portugal. Atingiu 7314 mulheres, 1519 homens (desconhecendo-se o sexo em 0,6% das vítimas). Das mulheres vitimadas, 37,1% tinham idade entre os 25 e os 54 anos e 39,4% das vítimas desta violência estavam integradas em famílias nucleares com filhos.

Estas estatísticas expõem a abrangência de um fenómeno individual e colectivo, que atinge negativamente todo o núcleo familiar, com consequências ao nível individual, familiar e social e que pode hipotecar o desenvolvimento e futuro das crianças integradas em núcleos com violência intra-familiar, enquanto adultos saudáveis, capazes de construir uma vida social e familiar produtiva e reconfortante.

O meio onde as crianças são confrontadas com os diversos tipos de violência pela primeira vez, de forma mais regular e habitualmente em escalada é, habitualmente, o familiar. Na família co-existem numa trama complexa e permanente diversos fatores individuais e colectivos que podem constituir risco para usar de violências nas interações conjugais e parentais. As dificuldades em gerir o *stress* da vida quotidiana, as crenças culturais sobre a família, o casal e a educação das crianças com recurso à punição, as experiências pessoais anteriores e problemas psicológicos, são alguns fatores que em interação com outros desequilíbrios familiares, comunitários, sociais e políticos se

(*) Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
(**) Universidade Aberta, CEMRI, Portugal.

conjugam perpetuando as consciências da violência e o seu uso na resolução de conflitos (Calvinho, 2007, 2015; Fisher, 1992; Ramos, 2004).

Nas famílias em que existe violência familiar, os filhos são também alvo de maus-tratos e vítimas da violência nas suas diversas formas. Estas crianças vivem num ambiente familiar hostil e testemunham agressões entre o casal/seus progenitores que podem pôr em risco a sua saúde mental ou, são vítimas de agressões perpetradas por um ou mesmo pelos dois progenitores.

As implicações das relações violentas sobre os indivíduos maltratados podem perdurar ao longo da vida e aumentam o risco de reproduzirem o comportamento e de se tornarem pais violentos ou de serem no futuro, alvos e vítimas de violência, contribuindo para a perpetuação das violências familiares.

MÉTODO

Desenvolvemos um estudo de caso do tipo histórias de vida (Calvinho, 2007) o qual teve como objetivo conhecer as experiências de maus-tratos de mães maltratadas pelo cônjuge, ouvindo-as sobre o impacto da violência na família. A estratégia principal de recolha de dados foi a entrevista semi-directiva e no tratamento dos dados utilizámos a técnica da análise de conteúdo segundo Bardin (1977). Os dados para a caracterização socio-demográfica foram obtidos através de um questionário elaborado especificamente para a investigação.

A população alvo do estudo foi constituída por 9 mães, oriundas de meio rural e urbano e de diferentes gerações, com idades compreendidas entre os 25 e os 63 anos. A tipologia familiar da maioria era a nuclear. Três (3) das mulheres mantinham a relação violenta e outras seis (6) estavam separadas do agressor desde 7 meses a 3 anos. Os filhos destas mulheres estavam em diferentes estádios do ciclo vital entre a infância e a idade adulta.

Todas as mulheres foram vítimas de vários tipos de violência associados e de longa duração. Em algumas destas mulheres a violência conjugal começou quando estavam grávidas e em outras após o nascimento de uma criança. Os impactos negativos da violência foram transversais à dimensão pessoal com consequências na sua saúde, ao nível da família e ao nível laboral e social.

RESULTADOS

Identificámos um ciclo intergeracional de violência desde as famílias de origem de vários agressores destas mulheres e uma das participantes era vítima de agressões perpetradas pelos filhos adultos.

Estas mulheres referiram os vínculos afetivos ao companheiro e a necessidade de proteger os/as filhos(as) como duas das razões que as levaram a permanecer na relação violenta, reconhecendo contudo que o seu comportamento foi ineficaz na proteção aos/às filhos(as) e que a violência se manteve em escalada, atingindo cada vez mais todo o núcleo familiar nas suas interacções, tarefas, papeis e actividades.

A condição de mães foi, para algumas mulheres, um factor favorecedor do ajuste das mulheres à situação conjugal, pela dedicação à educação dos(as) filhos(as) que consideravam ancorá-las à vida, quando tinham pensamentos de ideação suicida.

As mães evidenciavam muita preocupação em proteger os/as seus filhos tentando ocultar o mais possível a violência de que eram alvo mas com a evolução da situação iam tendo cada vez mais dificuldade em consegui-lo e expressaram que a violência prejudicou a sua família, ao nível do casal e dos(as) filhos(as).

O prejuízo familiar que estas mulheres identificaram como consequência da violência evidenciou-se da seguinte maneira:

- No desempenho dos papéis parentais (5);
- Na degradação progressiva das relações entre o pai e os/as filhos(as) (4);
- Na degradação das relações familiares entre a mãe e os/as filhos(as) (1) por ser agredida pelos(as) filhos(as) adultos(as);
- Na degradação progressiva das relações do casal desde a fase precoce da sua formação (3);
- Em prejuízos no desenvolvimento afectivo das crianças (3), com necessidade de acompanhamento psicológico, e no desempenho escolar (2) por medo, falta de sono, falta de motivação e condições em casa para estudar.

Dos principais resultados obtidos, são de realçar como consequências da violência conjugal contra estas mulheres, efeitos negativos ao nível das relações conjugais e familiares, dos papéis parentais, da relação entre o pai e os seus filhos e do desenvolvimento e bem-estar das crianças.

DISCUSSÃO

As agressões e violência na família geram um ambiente familiar conflituoso e de risco a diferentes níveis, onde as relações familiares se vão destroçar e comprometer o bem-estar familiar (Calvinho, 2007; Fischer, 1992; Gelles & Straus, 1988; Ramos, 2004). Esta violência e agressões podem prejudicar o desenvolvimento e a saúde mental das crianças de forma decisiva, podendo contribuir para que no futuro, estas possam não conseguir desenvolver uma vida social e familiar harmoniosa e compensadora e virem a ser adultos(as) agressores(as) ou vítimas de violência (Ramos, 2004).

Revela-se muito importante a investigação e intervenção neste âmbito, domínio onde a Psicologia da Saúde, juntamente com outras áreas disciplinares poderá desempenhar um papel fundamental, ao nível da prevenção, da formação dos diferentes profissionais e do apoio às vítimas e agressores.

REFERÊNCIAS

Associação Portuguesa de Apoio à Vitima. (2015). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2014*. Lisboa: APAV. Disponível em http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2014.pdf

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Calvinho, M. S. (2015). Educação e saúde em sinergia: O caso da violência conjugal contra a mulher. *Promoção da Saúde: Da investigação à prática* (Vol. I). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Disponível em WWW: http://sp-ps.pt/site/livros/135

Calvinho, M. S. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: Histórias vividas e narradas no feminino*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Fischer, G. (1992). *A dinâmica social: Violência, poder, mudança*. Lisboa: Planeta Editora.

Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The causes and consequences of abuse in the American family.* New York: Touchstone.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Comunicação, profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência conjugal nos cuidados de saúde

SALETE CALVINHO (*)
NATÁLIA RAMOS (*)

A saúde é bem-estar completo que permita viver em pleno a vida e é um direito fundamental dos seres humanos, independentemente de qualquer outra característica que possam ter como seja a etnia, a religião, os ideais políticos ou a condição económica e social e é passível de ser mantida e enriquecida.

No conceito holístico adoptado pela Organização Mundial de Saúde, a saúde resulta do equilíbrio entre as diversas dimensões individuais e representa um importante factor na qualidade de vida das pessoas (OMS, 1946, 1986; WHO, 1984, 1994). É a combinação integrante da saúde física, do bem-estar psicológico e social mas também das capacidades individuais e grupais para lidarem com as suas necessidades e as satisfazerem, sendo ainda capazes de interagir com as condições do meio em que se inserem e de o modificar utilizando os recursos individuais e os comunitários e sociais (Calvinho, 2007, 2013; Ramos, 2004, 2012).

Considerando a saúde desta forma holística e um recurso para a vida, impõe-se a assunção do conceito de saúde preconizado pela OMS (1986, 1987; WHO, 1984, 1994) e a sua integração nas decisões e intervenções de todos/as quantos/as têm responsabilidades na saúde individual, dos grupos, das comunidades e das sociedades, descentrando a atenção da dimensão física e da patologia que nela possa existir, considerando o processo de saúde e de doença e abordando-o/intervindo atendendo a toda a sua abrangência (Calvinho, 2007, 2013).

A OMS considera a violência conjugal contra a mulher um grave problema de saúde pública, pelas consequências prejudiciais na saúde das vítimas, na família e ao nível do desenvolvimento social, pessoal e dos/as filhos/as, responsabilizando os diversos intervenientes pela intervenção adequada em saúde junto das mulheres vítimas destas violências (OMS, 1996, 2002, 2005, 2006).

As consequências físicas nas mulheres vítimas de violência física e sexual, como as diferentes lesões em distintos graus de gravidade, são as mais imediatas e podem ser as mais fáceis de diagnosticar, contudo o sofrimento psicológico causa alterações psicossomáticas e debilita a saúde mental da mulher. As mulheres maltratadas expressam

(*) Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
(**) Universidade Aberta, CEMRI, Portugal

sintomas ou síndromes de cariz psicossomático que podem camuflar uma relação afectiva com agressões de um ou com vários tipos de violência associados. A dinâmica da violência conjugal caracteriza-se por acontecimentos traumáticos e consecutivos por motivos arbitrários que as vítimas não conseguem prever nem evitar e que lhes vão gerar altos níveis de *stress*, de insegurança e a percepção de descontrolo sobre a sua vida. Desta forma, a capacidade de resiliência da mulher vítima enfraquece e torna-a cada vez mais vulnerável e exposta a diversos riscos para a saúde como o tabagismo, o etilismo, o consumo de drogas e o sedentarismo. As consequências são tanto mais devastadoras para a saúde quanto maior a gravidade dos maus-tratos, a sua frequência e a duração. Estes dois últimos factores parecem ser os responsáveis pelos efeitos negativos cumulativos na saúde e pela permanência do prejuízo do capital de saúde das mulheres vitimizadas que consequentemente sofrem uma degradação da qualidade de vida (Calvinho, 2007, 2013; Calvinho & Ramos, 2008, 2014; Humphreys et al., 2011; Ramos, 2004; Silva & Alves, 2002; WHO, 2002; Wijma, Samelius, Wingren, & Wijma, 2007).

As mulheres vítimas de violência apresentam mais problemas de saúde, no presente e a longo prazo, utilizam mais os serviços de saúde e consomem mais recursos sociais. Têm mais gastos pessoais com a saúde e apresentam mais vezes baixa por doença, ao longo de toda a sua vida (Barros, Lisboa, Cerejo, & Barrenho, 2008; Portugal, 2005). As alterações da saúde são o motivo principal do prejuízo da participação laboral destas mulheres (Calvinho, 2007; Calvinho & Ramos, 2008, 2014).

As consequências da violência contra a mulher são perniciosas em todas as dimensões da sua vida para a própria e para todo o núcleo familiar. Também por isso, as agressões às mães representam riscos que envolvem as crianças do agregado familiar violento, constituindo um risco para o seu desenvolvimento integral e harmonioso, por serem confrontados com episódios de violência e por poderem ser também alvos de violências, que lhes prejudica o tempo presente e pode comprometer o tempo futuro enquanto adultos/as saudáveis e capazes de construir uma vida gratificante e sem comportamentos violentos (Calvinho, 2007; Gelles & Straus, 1988; Ramos, 2004; WHO, 2002).

As consequências da violência no seio do casal são transversais ao nível individual, do sistema conjugal e da família, atingindo toda a sociedade pelo sofrimento e morbilidade associados, pela mortalidade precoce e os custos com a saúde delas decorrentes. Agravam as condições sociais e económicas relacionadas à baixa produtividade laboral, à capacidade de participação social limitada e ao capital de saúde empobrecido. Estes impactos e resultados perduram por muitos anos na sociedade.

As vítimas manifestam dificuldades para solicitar apoio dos/as profissionais de saúde, nomeadamente por processos psicológicos complexos de reação à violência mas, também pelas atitudes dos/as profissionais de saúde com quem têm contacto (Calvinho, 2007).

Face a estes pressupostos, importa que os/as profissionais conheçam o fenómeno da violência intrafamiliar e as suas consequências para poderem identificá-lo e intervir de forma adequada.

MÉTODO

Realizámos um estudo empírico que teve como terreno para a pesquisa uma unidade local de saúde de uma das regiões do norte de Portugal com o objetivo de analisar as dificuldades e a articulação entre os/as diversos/as profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência conjugal.

Assim, selecionámos alguns serviços hospitalares que pelas suas características e missão atendem mulheres e também unidades de cuidados de saúde na comunidade. Colaboraram no estudo vinte e seis (26) profissionais de saúde, sendo 22 do sexo feminino e 4 do sexo masculino, situando-se as suas idades ente os 25 e os 57 anos. Pretendemos incluir diversas áreas profissionais e por isso a população participante no estudo foi constituída por enfermeiros/as, médicos/as, psicólogas/os e assistentes sociais, a exercer em cuidados de saúde na comunidade ou em serviços hospitalares.

Na recolha e análise de dados utilizámos como estratégia a entrevista semi-estruturada que depois de transcrita da gravação em áudio digital submetemos à análise de conteúdo conforme preconizada por Bardin (1977).

RESULTADOS

Os resultados revelaram diversas dificuldades destes profissionais de saúde no atendimento e intervenção junto a mulheres vítimas de violência conjugal.

As dificuldades identificadas são transversais a diversas dimensões pessoais e profissionais e também institucionais.

Ao nível pessoal os/as profissionais expuseram a dualidade de se confrontarem no âmbito da actuação profissional, regulada por princípios e normas ético-deontológicas, com uma situação que é classificada como crime público no Código Penal Português mas que muitas vezes a mulher não quer denunciar.

O desconhecimento sobre o fenómeno e as reações adaptativas da vítima, em nosso entender, contribui para que estes profissionais de saúde ancorem a compreensão da situação em concepções culturais sobre a privacidade familiar e do casal e no discurso social que tem atribuído à mulher vítima de violência conjugal passividade e acomodação à situação de maus-tratos.

A abordagem da saúde pelos profissionais revela uma centralidade no modelo biomédico e a desvalorização da violência conjugal contra a mulher enquanto problema de saúde que é necessário prevenir e identificar para que se evite o agravamento e para ajudar a mulher a mobilizar os recursos necessários e a sentir-se apoiada na resolução da situação.

A articulação e a coordenação com outros recursos sociais no âmbito da violência é inexistente pois os/as profissionais pouco conhecimento têm sobre esses mesmos recursos.

A intervenção junto da mulher vítima foi essencialmente de cariz curativo e no encaminhamento para outros profissionais de saúde, revelando-se desarticulada e com frágil intervenção multidisciplinar e pobre interacção inter-profissional e inter-sectorial.

O conhecimento superficial sobre um fenómeno que é um problema de saúde pública e um risco para a saúde individual e familiar conjuga-se com as dificuldades em abordar as questões inerentes ao relacionamento do casal e familiar no âmbito da saúde e agrava-se por os profissionais se considerarem com poucas capacidades comunicacionais para lidar com a situação e com o comportamento da mulher vítima.

Também ao nível institucional foram identificados diversos fatores que concorrem para a dificuldade destes profissionais intervirem nas mulheres vítimas de violências, sendo de salientar a falta de consulta de psicologia e a inexistência de terapia familiar mas também a carga excessiva de trabalho e o tempo limitado para o atendimento mais profundo e individualizado.

DISCUSSÃO

Os efeitos da violência doméstica sobre a saúde das vítimas requerem dos/as profissionais de saúde competências para intervir no âmbito da prevenção, da informação, do aconselhamento, do apoio e articulação com outros recursos da comunidade que intervêm no âmbito da violência interpessoal nas relações afectivas.

Estas violências estão na origem de grande morbilidade e mortalidade, prejudicando toda a sociedade a curto e a longo prazo.

Os profissionais que participaram no estudo reconhecem ter um papel importante e responsabilidade na prevenção e no diagnóstico mais precoce da violência, sendo fundamental a sua formação, conforme é preconizado pela OMS. Os estudos sobre o impacto da violência salientam a relação entre a duração da violência e a morbilidade relacionada com a mesma (Campbell, 2002; Heise, 1994; Humphreys & Lee, 2009; Humphreys et al., 2011; WHO, 2002; Wijma, Samelius, Wingren, & Wijma 2007). Deste modo, a identificação dos riscos de violência, o conhecimento da dinâmica e ciclo da violência conjugal, a atenção aos sinais de alerta e à *fase de janela aberta* (Curnow, 1997), a consciencialização da mulher para a violência e as suas consequências na própria e nos filhos parecem-nos fundamentais para uma abordagem promotora da capacitação da mulher, através do aconselhamento em saúde e da informação sobre os recursos formais da comunidade e do encaminhamento adequado às necessidades de saúde, de apoio social e de apoio jurídico.

Os resultados que obtivemos neste estudo apontam a necessidade de melhorar a formação dos profissionais de saúde para intervir junto a mulheres vítimas, sobretudo no âmbito da violência conjugal e da comunicação em saúde, área onde a Psicologia da Saúde desempenha um papel fundamental na formação, na prevenção e na intervenção em saúde.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Barros, P. P., Lisboa, M., Cerejo, D., & Barrenho, E. (2008). *Health care costs of domestic violence against women: Evidence from Portugal*. Retrieved from http://ssrn.com/abstract=1160306. doi: 10.2139/ssrn.1160306

Calvinho, M. S. (2007). *Violência conjugal contra a mulher: Histórias vividas e narradas no feminino*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.

Calvinho, M. S. (2013). *Violência conjugal contra a mulher. Representações sociais e práticas dos profissionais de saúde face às mulheres vítimas*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Especialidade de Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Aberta, Lisboa.

Calvinho, M. S., & Ramos, M. N. (2008). Diversas faces do poder sobre a mulher: O caso da violência conjugal. *Actas do Seminário Internacional Fazendo Género 8 – Género, Violência e Poder. Simpósio Temático Relações de poder e géner*o. Retrieved from: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST29/Ramos-Calvinho_29.pdf

Calvinho, M. S., & Ramos, N. (2014). Violência conjugal contra a mulher, saúde e género: Contributos para melhorar as práticas profissionais e as políticas de prevenção da violência. *Revista Ambivalências, 2*(3), 42-69.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*(9314), 1331-1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Curnow, S. A. M. (1997). The open window phase: Helpseeking and reality behaviors by battered women. *Applied Nursing Research, 10*(3), 128-135. doi: 10.1016/S0897-1897(97)80215-7

Gelles, R. J., & Straus, M. A. (1988). Intimate violence: the causes and consequences of abuse in the American family. New York: Touchstone.

Heise, L. (1994). Gender-based abuse: The global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública, 10*(suppl. 1), 135-145. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500009&lng=en&tlng=en

Humphreys, J., Epel S., Cooper, E, Bruce, A., Lin, J, Blackburn, E. H., & Lee, K A. (2011). Telomere shortening in formerly abused and never abused women. *Biological Research for Nursing, 14*(2), 38-48. Retrieved from http://brn.sagepub.com/content/early/2011/03/07/1099800411398479

Humphreys, J., & Lee, K. A. (2009). Interpersonal violence is associated with depression and chronic physical health problems in midlife women. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(4), 206-213. doi: 10.1080/01612840802498136

Organisation Mondiale de Santé. (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la conférence internationale sur la Santé. New York, 19-22 Juin 1946; signé le 22 Juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de Santé, 2*, 100 et entré en vigueur le 7 Avril 1948. New York: OMS.

Organisation Mondiale de Santé. (1996). WHA 49.25 *La prévention de la violence: Une priorité pour la santé publique*. La quarante-neuvième Assemblée mondial de la Santé, Genève, 20-25 Mai. Genéve: OMS

Organização Mundial de Saúde (1986). *Declaração de Ottawa para a promoção da saúde*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde (1997). *Declaração de Yakarta para a promoção da saúde para o séc. XXI*. Geneva: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica – Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: Resumen del informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento Género, Mujer y Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevention de la violencia: Guía para aplicar las recomendaciones del informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2005). *Saúde e violência contra as mulheres: Um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: Discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere, 11*, 30-51. ISSN 19821662

Silva, L. F. da & ALVES, F. (2002). *Saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Ed. Afrontamento.

Wijma, K., Samelius, L., Wingren, Gun, & Wijma, B. (2007). The association between ill-health and abuse: A cross-sectional population based study. *Scandinavian Journal of Psychology. Nordic Psychological Associations, 48*, 567-575. doi: 10.1111/j.1467-9450.2007.00553.x

World Health Organization. (1984). *Regional targets in support of the regional strategy for health for all*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization. (1994). *Working group definition of the quality of life*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2002). *First ever Global Report on Violence and Health released: New WHO report more complete picture of global violence*. Geneva: WHO.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Luto: Definir para (não) intervir?

SARAH VIEIRA CARNEIRO (*)
GEORGES DANIEL JANJA BLOC BORIS (*)

Uma busca simples do termo *luto*, no atualíssimo DSM-V (APA, 2013), resulta em apenas uma referência, "V62.82 (Z63.4) Luto não-complicado" (p. 716-717), inserida no eixo *Outras Condições que Podem Ser Foco de Atenção Clínica*[1]. Com uma descrição amena, a categoria preocupa muito mais pelo que deixa subentendido do que pelo que manifesta. Definir uma experiência vivida como "luto não-complicado" ou "normal" pressupõe a existência de um "luto complicado" ou "anormal".

A definição de um fenômeno é um processo complexo, produto e produtor de uma realidade. Neste sentido, é a partir da fenomenologia existencial de Jean-Paul Sartre que nos propomos a discutir o processo de construção do luto como um tema médico, centrando nossa reflexão no conceito sartreano de *situação*. Ainda que a morte seja um dado bruto, a *situação* nos apresenta a moldura, a técnica e os fins em relação aos quais a perda de um ser amado se constitui como limite. Assim, não podemos cair na ingenuidade de, simplesmente, compreender tal mudança na concepção de luto como um fenômeno meramente mental, mas lançar as bases para uma análise da *situação*: "nós nunca pensamos que não se devessem analisar condições humanas ou intenções individuais. O que denominamos situação é, precisamente, o conjunto de condições materiais e psicanalíticas, inclusive, que, em determinada época, dão uma definição precisa de um conjunto" (Sartre, 1946/2012, p. 82). Desta forma, definir um luto como "não-complicado" ou como "normal" pressupõe a existência de um luto "complicado" ou "anormal". A sociedade contemporânea produziu tais conceitos e não se pode compreender as escolhas de um indivíduo enlutado sem examinar suas condições de possibilidade.

Morremos como vivemos. Pensar o estilo de vida contemporâneo e seus valores é essencial para responder à pergunta: como convém morrer em nossa sociedade? Vivemos um período histórico e cultural no qual a morte é um tabu, objeto da técnica, da ciência e do mercado. Falar diretamente sobre a morte é considerado mórbido, quase pornográfico, a não ser do ponto de vista científico e do consumo. O lugar inquestionável da morte é o hospital. Nele, o paciente e sua família devem se submeter a regras de comportamento, explícitas e veladas, num ambiente que, absolutamente, não controlam. Em geral, o médico dirige o drama, no qual a equipe de saúde, o doente e a família têm papéis bem estabelecidos, tendo como foco não perturbar a ordem. As regras são, dentre outras: não

(*) Universidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

falar da morte; não questionar; não recusar o tratamento ("adesão"); e não se mostrar deprimido. O moribundo deve estar, no mínimo, controlado, mas o ideal seria que estivesse eutímico[2] e cooperativo. No ambiente asséptico do hospital e no seu vazio ritual, devem surgir um "estilo de morrer", um "estilo aceitável de viver enquanto se morre" e um "estilo aceitável de encarar a morte". O indivíduo deve morrer de forma a ser menos agressivo para os vivos (Ariès, 1975/2003).

Especialmente, dois pacientes e suas famílias nos ensinaram muito a respeito:

– Em 2004, na UTI pediátrica do Hospital das Clínicas da FMUSP, acompanhei a morte de Ângela, 10 anos, conforme descrito em trabalho anterior (Carneiro, 2004). Ângela fora diagnosticada com um quadro de mal convulsivo (epilepsias de ausência). O uso do medicamento de controle das convulsões levou a um choque séptico, que ocasionou falência múltipla de órgãos. Antes de desligar os aparelhos que mantinham Ângela viva, o médico recorreu ao serviço de psicologia, com a seguinte demanda:

> *Pedido de consulta. Justificativa: Mãe, 31 anos, com história de tratamento psiquiátrico (transtorno bipolar), toma medicação neurolithium 2 pela manhã e 1 à noite, segundo prescrição médica. Mãe refere sentir-se mal e decide tomar só à noite. Paciente encontra-se muito grave e mãe refere que não se afastará da UTI. Tem se mostrado agitada, ora triste, ora alegre* (p. 55).

A mãe de Ângela me contou que sua relação com a equipe era ótima, mesmo com a filha já inconsciente e em cuidados paliativos. Ângela fez aniversário, completando 10 anos na UTI. A mãe lhe preparou uma festa, com balões, chapéu de ponta e presentes. Cantou, sozinha, os parabéns para a filha, já desfigurada e à beira da morte. Aquela cena pareceu, à equipe, muito bizarra, mórbida e deslocada. Foi, então, que o médico insistiu para que a mãe de Ângela "tomasse pelo menos um calmante". Ela depositara esperança na equipe médica e lhe atribuíra poder de decisão. Contudo, não cumpriu todo o contrato, tumultuando a UTI, ameaçando a sanidade mental da equipe e embaralhando vida e morte. Seu castigo: a sedação. Os aparelhos foram desligados e a neurologia veio, inúmeras vezes, conferir a atividade cerebral de Ângela, que teimou em não morrer ainda durante uma semana. Um dia antes da sua morte, conversei com o residente responsável pelo caso dela:

– *Hoje, vamos fazer novo EEG e, se der tudo certo, amanhã, a gente já decreta a morte cerebral* – disse ele.

– *Se der tudo errado, né?* – respondi.

– *Você entendeu o que eu quis dizer...* – ele argumentou, rindo.

Para que tudo desse "certo", era preciso que a morte de Ângela ocorresse no tempo e do modo previstos, e, para tranquilidade da equipe, a mãe, paciente psiquiátrica, se comportou bem, na morte da filha, "sem escândalos, nenhuma surpresa". A anestesia psíquica, sob a forma de calmantes, é parte importante da etiqueta fúnebre, sendo uma das primeiras

[2] O termo médico se refere a humor normal (tranquilidade de espírito), mas, em geral, significa "paciente que não dá trabalho".

"ajudas" oferecidas a quem acaba de sofrer uma perda, antes mesmo do lenço. Nos velórios modernos, há sempre uma cartela de tranquilizantes, passando de mão em mão. Num processo inverso do compartilhamento de emoções, partilhamos uma atitude meio *blasé*, meio *zumbi*, que aliena os enlutados do seu sofrimento.

– O segundo caso é recente, de setembro de 2015, e aconteceu num hospital de Fortaleza. De passagem pelos corredores da internação, uma movimentação maior do que a habitual, em um dos quartos, me chamou a atenção. A porta estava aberta e vários membros da equipe hospitalar entravam e saíam, um por um. Perguntei de quem era o quarto e um auxiliar me respondeu: "ué, a senhora ainda não conhece a D. Eliene? É uma lenda nesse hospital". Eu não a conhecia, pois ninguém havia me chamado para "avaliá-la" (o que é comum com "pacientes difíceis"). Descobri, depois, que Eliene, 77 anos, tinha um câncer terminal e já estava em cuidados paliativos. No prontuário, constava que os remédios para dor já estavam perdendo o efeito. Antes de entrar no quarto, imaginei o horror da dor de um câncer terminal. Seu quarto era iluminado, com portas e janelas abertas. Havia flores e livros, e a TV estava sempre ligada. Encontrei-a, sentada na poltrona. Nada, nela ou no ambiente, fazia entrever o desfecho que se anunciava, cada vez mais próximo. Mesmo pela manhã, Eliene estava maquiada, penteada e bem vestida. Notei que ela usava uma prótese dentária. Ela me recebeu, muito bem-humorada, me abençoou e me perguntou se eu era casada e se tinha filhos. Depois, disse: "a partir de agora, você já está nas minhas orações". Elogiou muito minha aparência e me deu dicas de como engravidar mais rápido. Falou pouco sobre o câncer, pois tinha certeza absoluta de que ia ficar boa, já que confiava em Deus e nos médicos. Nenhum membro da família chorava perto dela e, também, nunca a vi chorar. Manteve-se assim até entrar em coma e morrer, um dia depois. A equipe lamentou muito a sua partida, comparecendo, em peso, ao enterro, ao velório e à missa de 7º dia. Ouvi, muitas vezes: "a gente entrava, lá, pra cuidar dela, e ela cuidava da gente"; "nunca ouvi d. Eliene reclamar"; ou "quero morrer assim, velhinha e feliz". Eliene soube morrer com estilo, na idade certa, do jeito certo, seguindo o protocolo do *estilo aceitável de morrer*.

Freire Filho (2010), pesquisando a felicidade como um valor da sociedade contemporânea e como tecnologia do governo neoliberal, adota um termo interessante para o homem atual: "homo felix". O direito à felicidade se tornou uma máxima e um horizonte a ser buscado, embora nunca alcançado:

> *nas culturas ocidentais anteriores, as instituições que orientavam a conduta individual eram a família, a nação, ou a Igreja e o partido; sua existência proporia aos indivíduos que renunciassem a seus prazeres e suportassem o sofrimento como renúncia em nome de algum bem comum. Numa cultura terapêutica, porém, o único "bem comum" é a felicidade de cada indivíduo; desse modo, as instituições relevantes são o teatro e o hospital, a busca de excitação e o cuidado com o sofrimento* (p. 136).

Quando a felicidade é um direito inalienável do indivíduo, a morte de um ente querido se apresenta como *injustiça*. A pergunta frequente, diante da morte, passou a ser: "por que comigo"? A perda, divulgada nos noticiários, diariamente, acontece com o outro e, principalmente, com aquele que não se cuidou, que não seguiu a cartilha do autocuidado (não fumar, não beber, não usar drogas, fazer consultas e exames de rotina, fazer dieta, exercícios físicos, dormir bem, não ter estresse, viajar, tomar bastante água, evacuar uma vez ao dia, assim por diante, infinitamente). Depois do "por que comigo?", segue uma busca implacável de uma *causa* e, frequentemente, o indivíduo se sente traído pelo sistema (médico, jurídico, de valores etc.). Questionar os valores da sociedade em que vive pode significar um fardo demasiadamente pesado para quem já tem que lidar com uma perda. Hodgkinson (1998) se refere ao conceito de *mundo presumido*, que é a noção, que todos carregamos, de que nossa vida tem um sentido, uma ordem, e que segue uma lógica. Assim, vivemos como se fôssemos invulneráveis ("essas coisas só acontecem com os outros"), dignos ("eu sou uma pessoa boa, decente, não mereço que nada de mal me aconteça") e seguros ("o mundo é um lugar seguro, previsível"). O oposto seria o caos da angústia pura: "qualquer coisa pode me acontecer", "eu sou fraco, devo ter merecido o que me aconteceu" e "o mundo é perigoso, caótico e imprevisível". Outra possibilidade é recuar diante do abismo, o que pode significar o questionamento do mundo presumido e culpar a si mesmo ou ao falecido, considerando que o sistema não tem falhas, que, "talvez, tenhamos deixado de fazer algo ou feito algo errado", numa reedição contemporânea da missa de confissão: *mea culpa, mea culpa, mea máxima culpa*. O que resta é o retorno aos valores anteriores, no menor tempo possível, por meio de um "luto saudável", no estilo contemporâneo ideal.

Assim como a morte e o morrer, convém que o luto se enquadre nos valores do secularismo, do cientificismo, do materialismo, do individualismo, do autocontrole, da rapidez, da produção e do consumo. Na superfície, defende-se que cada luto é único, mas o fato é que ele deve seguir um roteiro rígido. Espera-se do enlutado que, depois de um período cada vez mais curto (chegando a uma semana após o enterro), seja racional, não demonstre seu luto em público e, principalmente, que volte ao trabalho, considerado, por muitos, como "o melhor remédio", o mais rápido possível. A sociedade exige do enlutado um autocontrole correspondente à decência, à discrição, à boa educação e à dignidade: "o infeliz sobrevivente deve esconder seu sofrimento e renunciar a recolher-se numa solidão que o trairia, continuando sem descanso sua vida de relações sociais, de trabalho e de lazeres" (Ariès, 1975/2003, p. 260). O enlutado deve demonstrar serenidade e equilíbrio emocional (bem como o moribundo eutímico e cooperativo), não perturbando as pessoas com pensamentos e sentimentos mórbidos. Os outros não saberiam como agir e o que dizer, o apoio social se restringindo às redes sociais. Nem o enlutado nem aquele que dele está próximo sabem o que fazer. O *site* americano *Legacy.com* oferece cursos de "etiqueta fúnebre", dando parâmetros sobre: o que (não) vestir num funeral? O que (não) dizer quando alguém morre? O que (não) escrever em mensagens de condolências? Qual o significado das flores e quais enviar? Quando se pode tirar fotos em um funeral? Além das dúvidas sobre etiqueta, o enlutado tem, à disposição, online, os *grief recovery experts* (especialistas em superação do luto). Não por acaso, ali, também, os criadores do *site* promovem seus livros sobre o assunto, direcionando o internauta para o *site* de compras

Amazon. Assim, a secularização e a institucionalização da morte nos esvaziaram de nossos papéis e de nossos rituais. O enlutado se encontra, então, sozinho na multidão, parado, num tempo que não pára ("tempo é dinheiro"). Assim, mais uma vez, ele recorre à ciência. Primeiro, ao médico, ao clínico geral, para uma bateria de exames, que deve encontrar algo físico que justifique tanto mal-estar ou que afaste a sombra do contágio da morte. Diante do nada no corpo, busca os profissionais de saúde mental. Desviar-se do roteiro previsto para o luto é cair nas malhas da saúde mental. O luto não-saudável, patológico, complicado, ou não-resolvido, é problema da psiquiatria e da psicologia. Caso o enlutado não conheça algum profissional a quem recorrer, a própria empresa funerária o encaminha para o atendimento, em suas próprias instalações, o que se revela um grande diferencial competitivo.

Toda esta argumentação, para Sartre (1960/2004), é evidente, para quem o ponto inicial de qualquer investigação dialética ocorre por meio da compreensão do concreto absoluto do homem, de suas condições de possibilidade, de sua realidade objetiva, de sua materialidade: "ademais, precisamos entender que não há algo como o homem; há pessoas, definidas por sua sociedade e pelo movimento histórico que as carrega" (p. 36, tradução nossa). A patologização das reações de luto significa negar ao homem sua situação, é desconsiderar toda a complexa rede de fatores na qual ele está imerso, seu tempo histórico, sua cultura e sua família. Supor que todos devem experimentar o luto a partir de critérios diagnósticos é, para usar uma expressão cara à Sartre, dar-lhes um "banho de ácido sulfúrico", no sentido de retirar deles todo resquício de individualidade e de liberdade. Quando a saúde mental determina um rígido parâmetro de "normalidade", ela retira do homem a responsabilidade pela sua conduta. O luto complicado não é seu luto: é doença, estando determinado pelo mau funcionamento de sistemas que deveriam ter cumprido determinadas fases, realizado determinadas tarefas, feito o "trabalho de luto". De todo modo, a retirada da responsabilidade e a "incapacidade" da escolha têm um papel fundamental na tentativa de diminuição da angústia: já que não há mais escolha, nem liberdade, mas doença, restaria ao homem se entregar, de bom grado, às mãos dos especialistas, e se lançar, cegamente, rumo a um tratamento. Mas, ainda assim, se trataria de uma escolha: a escolha de se entregar ou de fingir para si mesmo que não pode escolher. Estaríamos diante do fenômeno da *má-fé*, que, para Sartre (1943/2012), representa as tentativas do homem de escapar da angústia, buscando, fora de si mesmo, algo que o fundamente e que o justifique, num movimento similar ao de mentir para si mesmo: "na má-fé, não há mentira cínica, nem sábio preparo de conceitos enganadores. O ato primeiro da má-fé é fugir do que não se pode fugir, fugir do se é" (p. 118). A má-fé é um projeto de fracasso, já que não há como o homem fugir da própria condição do seu ser, da sua liberdade. Deste modo, a patologização do luto é um empreendimento fracassado. Assim, a transformação do luto em uma questão de saúde mental se revela uma estratégia de má-fé, procurando retirar do sujeito, ainda que nunca o possa fazer, sua própria liberdade.

NOTAS

[1] Tradução nossa: "V62.82 (Z63.4) *Luto Não-Complicado.* Esta categoria pode ser usada quando o foco da atenção clínica é uma reação normal à morte de alguém amado. Como parte de sua reação a tal perda, alguns indivíduos enlutados se apresentam com sintomas característicos de um episódio depressivo maior – por exemplo, sentimentos de tristeza e sintomas associados, tais como insônia, apetite pobre e perda de peso. O indivíduo enlutado tipicamente considera o humor depressivo como "normal", embora o indivíduo possa buscar ajuda profissional para alívio de sintomas associados, como insônia e anorexia. A duração e a expressão do luto "normal" variam consideravelmente entre diferentes grupos culturais. Orientação adicional na distinção do luto a partir de um episódio depressivo maior é fornecida nos critérios para episódio depressivo maior" (APA, 2013, p. 716-717).

REFERÊNCIAS

APA. (2013). *Diagnostic statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington (VA): American Psychiatric Association.

Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente* (Priscila Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro (Original publicado em 1975).

Carneiro, S. V. (2004). *A demanda do pediatra ao serviço de psicologia frente à morte de pacientes* (Monografia de Pós-Graduação). Universidade de São Paulo. São Paulo.

Freire Filho, J. (2010). *Ser feliz hoje: O imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV.

Hodgkinson, P. (1998). *Coping with catastrophe*. London: Routledge.

Sartre, J.-P. (2004). *Critique of dialectical reason: Theory of practical ensembles* (Alan Sheridan-Smith, Trad.). New York: Verso (Original publicado em 1960).

Sartre, J. P. (2012). *O ser e o nada: ensaio de fenomenologia ontológica* (P. Perdigão, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes (Original publicado em 1943).

Sartre, J.-P. (2012). *O existencialismo é um humanismo* (J. B. Kreuch, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes (Original publicado em 1946).

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Estratégias de enfrentamento psicológico de pessoas com doenças onco-hematológicas

SEBASTIÃO BENÍCIO DA COSTA NETO (*)
SUSANA BEATRIZ SNEIDERMAN (**)
RUY FERREIRA DA SILVA (**)

Doenças Onco-Hematológicas, usualmente, são caracterizadas por sua cronicidade e impactam de forma expressiva tanto a pessoa enferma quanto sua família. Desde o diagnóstico, e passando ao longo do tratamento oncológico, o enfermo vivencia situações de estresse às mais variadas, exigindo o uso contínuo de forças adaptativas.

No Brasil, estima-se para o ano de 2015 uma ocorrência de, aproximadamente, 576 mil casos novos de câncer, em todas as subespecialidades ou diagnósticos. Quanto às doenças onco-hematológicas, em especial a leucemia (que compreendem a leucemia mieloide aguda, a leucemia mieloide crônica, a leucemia linfoide aguda e a leucemia linfoide crônica), em 2012, foi previsto ter cerca de 4.570 casos novos de doenças em homens e 3.940 em mulheres. Contudo, observou-se um aumento significativo do câncer nos últimos três anos, sendo que esses valores correspondem a um risco estimado de cinco casos novos a cada 100 mil homens e de quatro casos novos a cada 100 mil mulheres (BRASIL – Ministério da Saúde 2012 e 2014).

Particularmente, um traço comum no cuidado das doenças onco-hematológicas é a ocorrência da hospitalização, seja pela baixa imunidade e pelo comprometimento sistêmico do enfermo, seja para a realização do tratamento quimioterápico (Yamaguchi, 1994). As alterações hematológicas mais comuns são infecção, dor, lesões em mucosa oral, fadiga e desnutrição, as quais podem agravar o quadro clínico e interferir na recuperação da pessoa (BRASIL – Ministério da Saúde 2008; Sousa, Espírito Santo & Costa, 2012). Do ponto de vista psicossocial, são diversos os estressores que exigem respostas adaptativas as mais diversas (Cançado & Chiattone, 2010).

As estratégias de enfrentamento psicológico (*coping)* podem ser compreendidas como emoções, cognições e comportamentos utilizados frente a situações estressantes, demandadas interna ou externamente, ocasionando desequilíbrio emocional, pessoal e social (Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, as pessoas diagnosticadas com doença onco-hematológicas e que passam a vivenciar situações estressantes empreendem esforços conscientes ou inconscientes, objetivando enfrentar a situação adversa de saúde que até

(*) Universidade Federal de Goiás e Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Brasil.
(**) Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales/UCES, Argentina.

então contribui para desestabilizar as estruturas cognitiva e comportamental tornando-os mais vuneráveis à doença.

Sendo assim, é possível delinear as seguintes perguntas para esta investigação: Que estratégias de enfrentamento psicológico são utilizadas ante um diagnóstico de doença onco-hematológica? Que diferenças existem entre enfrentamento psicológico entre homens e mulheres?

Esta pesquisa se delineou a partir do seguinte objetivo geral: identificar e compreender as estratégias de enfrentamento psicológico de pacientes com doença onco-hematológica, após a comunicação do diagnóstico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo e exploratória, parte de uma pesquisa doutoral longitudinal quali-quantitiva.

Amostra

A amostra foi composta por 55 pessoas, de ambos os sexos, diagnosticados com doenças onco-hematológicas, de 18 a 70 anos de idade, com diferentes graus de escolarização formal.

Instrumentos

Foram utilizados um Questionário Sociodemográfico e Clínico e a Escala de Estratégias de Enfretamento Psicológico, de Lázarus e Folkman (validada para a população brasileira).

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa, de um hospital universitário federal, os participantes foram abordados, tanto durante a internação hospitalar, quanto nas consultas médicas de seguimento clínico, momento no qual o pesquisador apresentava-se, explanava os objetivos da investigação e solicitava a adesão dos enfermos. Aqueles que concordaram em participar foram avaliados, individualmente, por meio dos instrumentos aplicados em ambiente previamente preparado (ambulatório médico ou da Seção de Psicologia da instituição). Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, nº 466 de 2012, os dados foram colhidos, na primeira semana após o comunicado do diagnóstico,na ocasião do primeiro encontro ou em outra ocasião acordada entre pesquisador e participante. Houve recusa de cinco pessoas em participar do estudo por se encontrarememocionalmente abaladas ou fisicamente impossibilitadas.

RESULTADOS

Serão apresentados os dados sociodemográficos (Tabela 1), resultados da Escala de Estratégia de Enfrentamento Psicológico (Tabelas 2, 3 e 4) e correlações entre dados sociodemográficos e estratégias de enfrentamento psicológico (Tabela 5).

Tabela 1

Dados Sociodemográficos de Pessoas com Doenças Onco-Hematológicas (N=55)

Fator		*F*	%
Idade (anos)	18-30	17	30,92
	30,1-40	06	10,90
	40,1-60	16	29,09
	Mais de 60	16	29,09
	Total	55	100
Número de Filhos	Sem filhos	18	32,72
	Um	09	16,38
	Dois a três	15	27,27
	Mais de três	13	23,63
	Total	55	100
Composição familiar	2-3	15	27,28
	4-5	18	32,73
	6-7	11	20,00
	Mais de 8	10	18,18
	Apenas o participante	01	1,81
	Total	55	100
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	10	18,19
	Ensino fundamental completo	20	36,36
	Ensino médio incompleto	01	1,81
	Ensino médio completo	16	29,09
	Ensino superior incompleto	01	1,81
	Ensino superior completo	07	12,74
	Total	55	100
Renda Familiar	1 a 3 salários	49	89,09
	3,1 a 6 salários	02	1,81
	6,1 a 9 salários	01	3,67
	9,1 a 12 salários	01	1,81
	Acima de 12,1 salários	01	1,81
	Sem renda familiar	01	1,81
	Total	55	100
Tempo de Moradia (anos)	1 a 10	14	25,44
	11 a 20	15	27,27
	21 a 30	07	12,74
	31 a 40	09	16,38
	Acima de 40	10	18,17
	Total	55	100

Observa-se (Tabela 1) que as doenças onco-hematológicas têm atingido pessoas no inicio de sua fase adulta (cerca de 30% dos participantes), se estendendo a pessoas na fase adulta e na terceira idade (cerca de dois terços dos participantes). As condições socioeconômicas são limitadas: tratam-se de pessoas, em sua média, com poucos anos de escolarização, com baixa renda familiar e de recursos limitados. Quando da ocasião do enfrentamento de uma doença crônica, tais fatores sociais e econômicos podem influenciar na forma de lidar com a realidade, não raras vezes, tendo os mesmos que fazer uso da rede social de apoio e das políticas públicas de saúde brasileiras. Isto envolve dizer que as características sociodemográficas dos participantes são bastante heterogêneas e estão em acordo com os dados do Ministério de Saúde do Brasil (Brasil, 2012 e 2014).

Tabela 2

Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Pessoas com Doenças Onco-Hematológicas (N=55)

Estratégia de Enfrentamento	*X*	*DP*
Confronto	0,92	0,63
Afastamento	1,40	0,65
Autocontrole	1,09	0,56
Suporte Social	1,71	0,69
Aceitação da Responsabilidade	0,81	0,74
Fuga-Esquiva	1,00	0,55
Resolução de Problemas	1,52	0,70
Reavaliação Positiva	1,69	0,63

Quanto às Estratégias de Enfrentamento (Tabela 2), os resultados mostram que os participantes não utilizam em demasia nenhuma delas. Porém, o Suporte Social (*X*=1,71; *DP*=0,69) é a maior média, seguido da Reavaliação Positiva (*X*=1,69; *DP*=0,63). Enquanto que as médias menoresestão no Confronto (*X*=0,92; *DP*=0,63), seguido da Aceitação da Responsabilidade (*X*=0,81; *DP*=0,74).

A fase imediata pós-diagnóstica indica uma pouca familiaridade dos participantes com um conjunto de informações e de práticas no sistema de saúde. Isto faz com que recorram mais à busca de suporte social e ao pensamento positivo ou focalizemsua atenção em boas expectativas quanto aos resultados, e menos em tomar medidas mais concretas sobre os caminhos a percorrer em sua própria vida. Talvez por isso recorram à opinião de familiares, amigos e da própria equipe para tomar as decisões sobre adesão ou não ao tratamento, ou mesmo sobre outros fatores correlatos, e não conseguem se apropriar inteiramente – ou tão imediatamente – do que lhes ocorrem nesta fase da vida. Em parte, pode-se falar de certo estado de choque que, mesmo não lhes sendo negando a consciência sobre os fatos, o tempo de reação “mais positiva” é, em alguns casos, lento e exige maior compreensão e cuidados por parte da equipe de saúde.

Tabela 3

Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Pessoas com Doenças Onco-Hematológicas, segundo o sexo masculino (N=26)

Estratégia de Enfrentamento	*X*	*DP*
Confronto	0,88	0,63
Afastamento	1,30	0,68
Autocontrole	1,08	0,59
Suporte Social	1,70	0,65
Aceitação da Responsabilidade	0,89	0,60
Fuga-Esquiva	0,94	0,60
Resolução de Problemas	1,52	0,74
Reavaliação Positiva	1,70	0,60

Ao avaliar os resultados das estratégias de enfrentamento psicológico de pessoas com doenças onco-hematológicas, considerando-se somente os homens (Tabela 3), se evidencia que dentre eles não houve utilização acentuada de nenhuma das estratégias de enfrentamento. Não obstante, o Suporte Social (*X*=1,70; *DP*=0,65) e a Reavaliação Positiva (*X*=1,70; *DP*=0,60) aparecem como sendo as mais utilizadas e a Aceitação da Responsabilidade (*X*=0,89; *DP*=0,60) e o Confronto (*X*=0,88; *DP*=0,63) como as menos utilizadas dentre os homens.

Tabela 4

Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Pessoas com Doenças Onco-Hematológicas, segundo o sexo feminino (N=29)

Estratégia de Enfrentamento	*X*	*DP*
Confronto	0,95	0,64
Afastamento	1,49	0,62
Autocontrole	1,09	0,54
Suporte Social	1,72	0,74
Aceitação da Responsabilidade	0,74	0,86
Fuga-Esquiva	1,04	0,50
Resolução de Problemas	1,51	0,67
Reavaliação Positiva	1,68	0,68

Nos resultados das estratégias de enfrentamento psicológico de pessoas com doenças onco-hematológicas, considerando somente as mulheres (Tabela 4), é possível evidenciar que elas também não fazem uso das estratégias polarizadas, ou seja, segundo uma tipologia específica.Todavia, a que aparece em primeiro lugar é o Suporte Social (*X*=1,72; *DP*=0,74) e em segundo lugar é a Reavaliação Positiva (*X*=1,68; *DP*=0,68). Enquanto que a menos usada é a Aceitação da Responsabilidade (*X*=0,74; *DP*=0,86) e o Confronto (*X*=0,95; *DP*=0,64).

Não se observa, portanto, diferenças expressivas comparando-se homens e mulheres no uso de estratégias de enfrentamento psicológico, na fase pós-diagnóstica, sendo a busca de suporte social e a focalização no positivo a maior tendência de enfrentamento utilizado por ambos os sexos.

No teste de correlação das variáveis sócio-demográficas com os fatores de enfrentamento psicológico (Tabela 5), observam-se poucas correlações significativas entre si.

Tabela 5

Correlação entre variáveis Sociodemográficas e as Estratégias de Enfrentamento Psicológico (N=55)

	Confronto	Afastamento	Auto-controle	Suporte Social	Aceitação da Responsabilidade	Fuga-Esquiva	Resolução de Problemas	Reavaliação Positiva
Idade	-0,12	-0,04	0,01	-0,07	-0,10	-0,15	**-0,23***	-0,19
Nº de Filhos	-0,02	0,12	-0,08	-0,18	-0,16	-0,11	**-0,25***	**-0,22***
Composição Familiar	-0,08	0,03	0,02	-0,16	-0,06	0,03	-0,08	-0,12
Escolaridade	-0,12	-0,10	-0,04	0,11	-0,13	-0,10	0,01	-0,00
Renda Familiar	**0,24***	0,10	0,20	**0,22***	0,19	0,10	0,22	0,18
Tempo de Moradia	-0,12	0,04	-0,06	-0,19	-0,10	-0,15	-0,08	-0,08

Nota. p=**0,01; p=*0,05.

Houve correlação positiva e significativa (Tabela 5) entre Renda Familiar e Confronto (r=0,24; p=0,05), ou seja, à medida que a Renda Familiar aumenta tende-se a aumentar o uso da estratégia de Confronto.

Há também correlação positiva e significativa (Tabela 5) entre Renda Familiar e Suporte Social (r=0,22; p=0,05), sendo que à medida que ocorre aumento da Renda Familiar, também, ocorre o aumento da estratégia de Suporte Social.

Houve correlação negativa baixa e significativa (Tabela 5) entre idade e Resolução de Problemas (r=-0,23; p=0,05), assim sendo, se pode afirmar que a correlação é inversamente proporcional, ou seja, à medida que a idade aumenta a estratégia de Resolução de Problemas diminuiu.

Existe correlação negativa baixa e significativa (Tabela 5) entre o número de filhos e a Resolução de Problemas (r=-0,25; p=0,05). Logo, há indicativo de que quanto menoro número de filhos maior foi o uso de estratégia de Resolução de Problemas. Por outro lado, houve correlação negativa baixa e significativa, também, entre número de filhos e a Reavaliação Positiva (r=-0,22; p=0,05). Quanto menor o número de filhos, maior a reavaliação positiva. Tal situação pode evidenciar que, tanto em homens, quanto em mulheres, diante do diagnóstico de doença onco-hematológica, não ter dependentes ou tê-los em menor número, os fazem ter melhor avaliação sobre a sua condição de ameaça e buscam tomar medidas mais concretas para resolver seus problemas.

DISCUSSÃO

Na fase pós-diagnóstica imediata (até uma semana do recebimento da informação), os participantes apresentaram uma ampla modalidade de estratégias de enfrentamento psicológico, tanto voltadas para a regulação da emoção, quanto voltadas para a resolução do problema. Isto pode indicar um turbilhão de sentimentos, de expectativas e de vivências singulares, nem sempre explicadas por suas características sociodemográficas.

Quando comparados entre si, homens e mulheres não expressam diferenças significativas nas formas de enfrentamento utilizadas na fase de pós-diagnóstico imediato. Contudo, há de se supor que, no evoluir do tratamento, homens e mulheres podem manifestar diferenças associadas, de alguma forma, tanto às suas identidades dentro do contexto familiar e social, quanto às reações psicológicas e corporais às terapêuticas medicamentosas. Sendo assim, um novo estudo está sendo conduzido para comparar as estratégias de enfrentamento psicológico e os traços de personalidade, dos mesmos participantes, em diferentes momentos do tratamento.

REFERÊNCIAS

Cançado, R. D., & Chiattone, C. S. (2010). Visão atual da hemocromatose hereditária. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 32*(6), 469-475.

BRASIL – Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2014). Rio de Janeiro: INCA, 124p.

BRASIL – Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2011). Estimativa 2012: Incidência de Câncer no Brasil [online]. Disponível em http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/13_resenha_estimativa2012_incidencia_de_cancer_no_brasil.pdf[Links]

BRASIL – Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2008). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: Uma proposta de integração ensino-serviço* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Sousa, R. M., Espírito Santo, F. H, & Costa, R. (2012). Hospitalization onco-hematological client subsidies for nursing care. *Journal of Research Fundamental Care Online, 4*(3). Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1715/pdf_601

Yamaguchi, N. H. (1994). O câncer na visão da oncologia. In M. M. M. Carvalho (Coord.), *Introdução à Psiconcologia* (pp. 21-32). Campinas: Editorial Psy.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Validação do Questionário de Orientação para a Vida (OtLQ) numa amostra de idosos

SOFIA VON HUMBOLDT [*]
ISABEL LEAL [**]

INTRODUÇÃO

O crescimento do número de idosos na população tem acentuado a necessidade de considerar que é necessário para viver a adultícia avançada com qualidade e bem-estar, o que tem resultado num aumento de desafios para os serviços de saúde (Nações Unidas, 2009). A investigação desenvolvida mostrou que os fatores psicológicos estão entre os principais determinantes da saúde e bem-estar (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, & Koskenvuo, 2001). Mais especificamente, o sentido interno de coerência (SIC) influencia os hábitos que afetam diretamente a saúde, o comportamento adaptativo e os efeitos das doenças físicas (Antonovsky, 1987). O SIC é uma orientação global para ver o mundo e o ambiente individual como compreensível, gerível e significante, sendo que a forma como os indivíduos vêem a sua vida tem uma influência positiva sobre a sua saúde. Antonovsky (1987) sugeriu ainda uma mudança de paradigma a partir do foco patogénico em fatores de risco e na doença, para o foco salutogénico nos fatores determinantes para a saúde. Este modelo salutogénico foi considerado como uma nova abordagem para a avaliação da saúde dos indivíduos com condições crónicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como os idosos (Antonovsky, 1987; Schmidt & Dantas, 2011). Adicionalmente, as mudanças culturais e nacionais podem influenciar o processo de envelhecimento (Barak, 2009). Este estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas (validade de construto, de critério e validade externa, e a fidelidade) dos dados recolhidos com o OtLQ numa amostra transnacional de idosos residentes na comunidade.

MÉTODO

Participantes

Os participantes são 1.291 idosos residentes na comunidade, com idade entre 75 e 102 anos (*M*=83,9; *DP*=6,68) de quatro nacionalidades diferentes (angolanos, brasileiros,

[*] William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário / Universidade Lusíada, Portugal.
[**] William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal.

ingleses e portugueses), incluindo 58,2% do sexo feminino, 56,2% casados e 52,6% habitantes em áreas rurais.

Material

Foram incluídos quatro instrumentos nesta investigação: (a) O Questionário de Orientação para a Vida (OtLQ) (Antonovsky 1993); (b) A Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Watson et al., 1988); (c) A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Diener et al., 1985; Simões, 1992); e (d) a Escala de Ajustamento ao Envelhecimento (ATAS) (von Humboldt, Leal, Pimenta, & Maroco, 2013). Além disso, foi incluído um instrumento para medir a função cognitiva, o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), e um questionário demográfico. O OtLQ é uma uma escala de Likert de 29 itens, composta por três sub-escalas: compreensibilidade; gestão, e significância. A consistência interna mostrou-se elevada em estudos anteriores (α=0,82) (Antonovsky 1993).

A PANAS apresenta 20 itens e é composta por duas sub-escalas, uma de afetos positivos e a outra de afetos negativos, ambas com uma consistência interna elevada (α=0,88 e α=0,87, respectivamente) (Watson et al., 1988).

A SWLS é uma escala de 5 itens do tipo Likert. A consistência interna mostrou-se boa (α=0,78) (Diener et al., 1985).

A ATAS é uma escala de 22 itens do tipo Likert (von Humboldt et al., 2013). Este instrumento apresentou uma consistência interna elevada (α=0,89).

Procedimento

A seleção dos participantes foi baseada na disponibilidade dos entrevistados, em centros comunitários e de saúde local na área Metropolitana de Lisboa e na região do Algarve.

Todos os participantes deram o seu consentimento informado após a apresentação do estudo.. As normas da Associação Americana de Psicologia sobre o tratamento ético dos participantes foram seguidas. Os participantes passaram por uma avaliação de triagem. Os critérios de elegibilidade incluíram: (1) 75 anos de idade ou mais e (2) pontuação dos participantes na faixa normal no Exame do Estado Mini-Mental (>26) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Nenhum dos participantes tinha qualquer histórico de doença neurológica ou psiquiátrica, ou história de abuso de drogas ou álcool, o que podia comprometer a função cognitiva.

A William James Center Research do ISPA − Instituto Universitário e a Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) aprovaram este estudo. Os dados foram analisados utilizando os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 20.0; SPSS, An IBM company, Chicago, IL) e Analysis of Moment Structures software (AMOS) para Windows (versão 20.0; SPSS, An IBM company, Chicago, IL).

Análise estatística e psicométrica

Para aferir as qualidades psicométricas do instrumento, foram avaliados a validade de construto, de critério, fidelidade e propriedades de distribuição. Além disso, a validade externa também foi avaliada em duas amostras independentes.

Uma análise fatorial confirmatória foi conduzida para afirmar a validade do construto. A qualidade do ajustamento do modelo de medida foi dada pela estatística qui-quadrado (χ^2/df), e os índices de ajustamento: *CFI; GFI e RMSEA* (Byrne, 2001; Maroco, 2010). A validade convergente dos fatores do SIC foi demonstrada através da variância média extraída (AVE) (Fornell & Larcker, 1981; Maroco, 2010).

A validade discriminante foi explorada comparando correlação ao quadrado inter-factorial com a AVE de cada fator individual (Fornell & Larcker, 1981; Maroco, 2010). A validade de critério foi explorada através da correlação de Pearson com construtos próximos. Para demonstrar a estabilidade da estrutura original da OtLQ e a validade externa do modelo de medida, uma análise fatorial confirmatória foi realizada em 60% da amostra, selecionada aleatoriamente. Os pesos de fatores e a estabilidade das correlações foram confirmados na restante 40 % da amostra (Maroco, 2010). As propriedades de distribuição foram exploradas através da análise dos valores mínimos e máximos, média, assimetria e curtose. Os valores devem variar de 1 a 7. Espera-se que a assimetria e curtose tenham valores inferiores a 3 e 7, respectivamente (Maroco, 2010). A fidelidade foi estudada aplicando o alfa de Cronbach. Para a pesquisa exploratória, os valores do alfa deve estar acima de 0,70 (Maroco, 2010).

RESULTADOS

Validade de construto

Análise fatorial confirmatória. O OtLQ apresentou um bom ajustamento (χ^2/df=3,700; *CFI*=0,972; *GFI*=0,933; *RMSEA*=0,046; *p*=0,997; *IC* 90%=]0,043; 0,048[).

Validade convergente

Todos os fatores apresentaram bons resultados AVE (ou seja, igual ou superior a 0,50), demonstrando, assim, a validade convergente dos fatores relacionados.

Validade discriminante

Dos três pares de comparações dos factores, a totalidade mostrou AVE maior do que os correspondentes correlações quadrados entre cada dois pares de factores, por conseguinte, todos relacionados com a validade discriminante apresentada.

Validade de critério

A validade de critério divergente foi demonstrada na SWLS, PANAS e ATAS. O valor total da OtLQ foi positivamente correlacionado com o total da SWLS (r=0,255; p<0,001), com o total da PANAS (r=0,258; p<0,001) e negativamente correlacionada com o total da ATAS (r=-0,202; p<0,001).

Quanto às sub-escalas, a validade de critério divergente foi observada na associação de todos as sub-escalas. A dimensão Compreensibilidade foi positivamente correlacionada com a dimensão Afetos Positivos (r=0,086; p=0,002) e negativamente com a dimensão zest e espiritualidade (r=-.082, p=0,003). A dimensão Gestão foi positivamente correlacionada com a dimensão Afetos Positivos (r=0,072; p=0,009). A dimensão Significância foi negativamente correlacionada com a dimensão Suporte Social (r=-.074; p=0,008). As restantes correlações foram não significativas ou de valor absoluto inferior quanto às correlações acima indicadas.

Validade externa

O modelo apresenta um bom ajustamento (χ^2/df=2,612; *CFI*=0,967; *GFI*=0,908; *RMSEA*=0,035; p=1,000; *IC* 90%=]0,033; 0,037[) em ambos os grupos (60% e 40% do total da amostra).

O modelo de avaliação sem restrições não tem um ajustamento significativamente melhor do que o modelo com pesos fatoriais com restrição ($\Delta\chi^2$(26)=235,962; p=0,092), confirmando, portanto, a validade externa do modelo de medida. Portanto, não existem diferenças significativas nos pesos factoriais de medição entre os dois grupos (60% da amostra versus 40%), confirmando a estabilidade da avaliação do SIC.

Propriedades de distribuição

Todos os itens apresentaram valores que variaram de 1 a 7 e todos os valores de assimetria e curtose foram inferiores a 3 e 7.

DISCUSSÃO

O OtLQ apresentou dados com boas propriedades psicométricas. Desta forma, pode ser usado para medir com precisão o nível de SIC dos idosos nas três dimensões, como demostrado noutras populações (Antonovsky, 1993). De acordo com Antonovsky (1993) é necessário para validar o OtLQ em cada população específica.

A dimensão Compreensibilidade apresentou a maior consistência interna (0,951). Esta dimensão indica em que medida os eventos são percebidos como fazendo sentido lógico, ordenado, consistente e estruturado (Antonovsky, 1993; Eriksson & Lindstrom, 2006). Considerando que o envelhecimento pode trazer desafios que são influenciados por processos psicológicos, os idosos podem usar recursos adaptativos que desempenham um papel central ao nível de análise de eventos (Freund & Baltes, 2000).

Os resultados mostraram a validade de critério divergente na SWLS, PANAS e ATAS, indicando que o OtLQ mede um construto diferente destas. No entanto, investigação existente indicou a proximidade de SIC com a qualidade de vida e ausência de depressão (Blom et al., 2010). Como não foram encontradas diferenças significativas nos pesos de medida fatoriais entre os dois grupos (60% da amostra versus 40%), a validade externa do modelo de medida foi confirmada e a estrutura fatorial foi estável em ambas as amostras (invariância configuracional) ($\Delta\chi^2(26)=235{,}962$; $p=0{,}092$).

A consistência interna das três sub-escalas não apresentou variação considerável. O presente estudo, juntamente com estudos anteriores reitera a consistência da escala de SIC (Eriksson & Lindström, 2005; Freire et al., 2001). Por outro lado, Feldt, Leskinen, Kinnunen e Ruoppila (2003), e Smith, Breslin e Beaton (2003) não corroboram esta consistência. No entanto, deve notar-se que o SIC tende para aumentar com a idade (Eriksson & Lindstrom, 2005).

Este estudo apresenta um conjunto de limitações que merecem ser mencionadas. Embora a amostra seja heterogénea, idosos com maior nível educacional e estatuto profissional ativo estão sobre-representados, o que pode ter influenciado os resultados. Uma outra limitação é que os entrevistados sabiam que estavam a responder aos questionários, o que pode ter influenciado as suas respostas numa direção mais socialmente desejável. Esta avaliação psicométrica é limitada pela avaliação do SIC num único momento no tempo. Assim, é necessário um estudo longitudinal para estabelecer a estabilidade dos itens e factores propostos, e para comparar o SIC com outros construtos, como a qualidade de vida e ausência de depressão. Considerando a existência de várias influências culturais no contexto de envelhecimento (Barak, 2009), a inclusão de comparações interculturais na pesquisa gerontológica poderia beneficiar o aprofundamento do SIC dos idosos. Em conclusão, o OtLQ é um instrumento de utilização valiosa no contexto da promoção da saúde e bem-estar dos idosos. Este estudo confirma a validade e fidelidade do OtLQ numa amostra transnacional de idosos.

REFERÊNCIAS

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine, 36*(6), 725-733. http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z

Barak, B. (2009). Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development, 33,* 2-11. http://dx.doi.org/10.1177/0165025408099485

Blom, E. H., Serlachius, E., Larsson, J. O., Theorell, T., & Ingvar, M. (2010). Low Sense of Coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescent girls − A cross-sectional study of a clinical and a non-clinical cohort. *Health Quality Life Outcomes, 8*, 58. http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-8-58

Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modelling with AMOS: Basic concepts,* 280 *applications and programming*. London, England: LEA.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with lifescale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Eriksson, M. (2007). *Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic reasearch as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale.* Turku, Sweden: Folkhälsan Research Centre, Health promotion research programme.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, *59*, 460-466. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.018085

Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*, 376-381. http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.041616

Feldt, T., Leskinen, E., Kinnunen, U., & Ruoppila, I. (2003). The stability of the sense of coherence: Comparing two age groups in a five-year follow up study. *Personality and Individual Differences*, *35*, 1151-1165.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198.

Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating SEM with Unobserved variables and measurement error. *Journal of Marketing Research, 18*, 39-50.

Freire, M. C. M., Sheiham, A., & Hardy, R. (2001). Adolescents' sense of coherence, oral health status and oral health related behaviors. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *29*, 204-212.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of human behavior, mental*

processes, and consciousness: Essays in honor of the 60th birthday of August Flammer (pp. 35-58). London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesada Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2,* 219-227.

Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais* [Structural equations analysis]. Pero Pinheiro: Report Number.

Schmidt, D. R., & Dantas, R. A.(2011). Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. *Revista Latino-Americana Enfermagem, 19*(1), 42-49. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100007

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia, 3,* 503-515.

Smith, P. M., Breslin, F. C., & Beaton, D. E. (2003). Questioning the stability of sense of coherence: The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, *38*, 475-484.

Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research, 50,* 77-86. http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00216-6

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2009). *World population ageing.* New York: Author.

von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2013). Staying well in old age: Predicting older adults' wellness**.** *Health SA Gesondheid, 18*(1), 717, 1-9. http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.717

von Humboldt, S., Leal. I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2013). Assessing adjustment to aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (AtAS). *Social Indicators Research* [Epub ahead of print]. http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0482-9

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063-1070. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Comparação dos preditores do ajustamento ao envelhecimento dos idosos jovens e menos jovens

SOFIA VON HUMBOLDT (*)
ISABEL LEAL (**)

É geralmente aceite que, como uma pessoa envelhece, as experiências adquiridas ao longo do ciclo de vida, formas de lidar com o ambiente, os recursos económicos, as relações sociais e os sistemas de apoio podem ter um impacto profundo na longevidade e bem-estar (Poon et al., 2010). Os idosos são mais propensos a aceitar que alguns problemas estão além de seu controlo (Martin, 2002) e a ser desafiados com mudanças físicas, mentais e sociais, que requerem ajustamento (Martin, Kliegel, Rott, Poon, & Johnson, 2008).

Considerando a variedade de desafios que ocorrem desde a idade adulta até à idade avançada e o elevado potencial de adaptação ao longo de todo o curso da vida, o envelhecimento foi definido como um processo que requer um ajustamento continuado (Birren & Schaie, 1996). Neste âmbito, Thomae (1992) sugeriu que a o ajustamento ao envelhecimento (AaE) é alcançado quando o equilíbrio entre os sistemas cognitivos e motivacionais de a pessoa é atingido. De facto, o AaE é obtido através de um equilíbrio da própria experiência, objetivos pessoais, motivações, valores centrais e influências externas, numa possível panóplia de questões que desafiam o AaE (Heidrich & Ryff, 1993; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002).

Até à data, pouca atenção tem sido dada à investigação do AaE em idosos com diferenças de idade (von Humboldt, Leal, Pimenta, & Niculescu, 2012). No entanto, investigar o AaE em diferentes grupos etários é pertinente uma vez que os idosos experimentam diferentes desafios do envelhecimento em diferentes idades (Jeune & Andersen-Ranberg, 2000).

Este estudo tem como objetivos explorar os preditores do AaE de idosos mais jovens e menos jovens e de construir um modelo estrutural para explorar os preditores do AaE para os dois grupos.

(*) William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário / Universidade Lusíada, Portugal.
(**) William James Center Research, ISPA – Instituto Universitário, Portugal.

MÉTODO

Participantes

Os participantes são 764 idosos residentes na comunidade, com idade entre 65 e 98 anos(M=79,84; SD=2,72) de quatro nacionalidades diferentes (alemães, ingleses e portugueses).

Material

Para avaliar as características sócio-demográficas (sexo, idade, estado profissional e civil, educação, agregado familiar, filhos adultos, rendimento, zona de habitação e espiritualidade), de estilo de vida e de saúde (saúde percebida, doença recente, medicação e lazer), AaE, BES e SIC, um questionário e três instrumentos, que apresentaram boas propriedades psicométricas, foram utilizados.

O Questionário de Orientação para a Vida (OtLQ) é uma escala de Likert de 29 itens, composta por três sub-escalas: compreensibilidade; gestão, e significância. A consistência interna mostrou-se elevadaem estudos anteriores (α=0,82) (Antonovsky 1993).

A Escala de Afectos Positivos e Afectos Negativos (PANAS) apresenta 20 itens e é composta por duas sub-escalas, uma de afetos positivos e a outra de afetos negativos, ambas com uma consistência interna elevada (α=0,88 e α=0,87, respectivamente) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) é uma escala de 5 itens do tipo Likert. A consistência interna mostrou-se boa (α=0,78) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985).

A Escala de Ajustamento ao Envelhecimento (ATAS) é uma escala de 22 itens do tipo Likert (vonHumboldt, Leal, Pimenta, & Maroco, 2013). Este instrumento apresentou uma consistência interna elevada (α=0,89).

Procedimento

A seleção dos participantes foi baseada na disponibilidade dos entrevistados, em centros comunitários e de saúde locais, na área Metropolitana de Lisboa e na região do Algarve. Todos os participantes deram o seu consentimento informado após a apresentação do estudo. As normas da Associação Americana de Psicologia sobre o tratamento ético dos participantes foram seguidas. Os participantes passaram por uma avaliação de triagem prévia. Os critérios de elegibilidade incluíram: (1) 75 anos de idade ou mais e (2) pontuação dos participantes na faixa normal no Exame do Estado Mini-Mental (>26) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Nenhum dos participantes tinha qualquer histórico de doença neurológica ou psiquiátrica, ou história de abuso de drogas ou álcool, o que podia comprometer a função cognitiva.

A William James Research Center do ISPA − Instituto Universitário e a Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) aprovaram este estudo. Os dados foram analisados utilizando os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 20.0; SPSS, An IBM company, Chicago, IL) e Analysis of Moment Structures software (AMOS) para Windows (versão20.0;. SPSS, An IBM company, Chicago, IL).

Os dados socio-demográficos, de estilo de vida e as variáveis relacionadas com a saúde, AaE, BES e SIC foram analisados por meio de estatística descritiva. Os dados também foram analisados para avaliar a existência de outliers e formas de distribuição. Nenhum valor em falta foi imputado.

A quantificação do BES, SIC, e dados socio-demográficos, de saúde e variáveis relacionadas com o estilo de vida integraram os modelos de equações estruturais para avaliar a sua influência no AaE dos participantes.

A qualidade do ajustamento do modelo de medida foi dada pela estatística qui-quadrado (X^2/df), e os índices de ajustamento: *CFI; GFI e RMSEA* (Byrne, 2001; Maroco, 2010).

Uma abordagem em duas fases foi utilizada para avaliar o modelo estrutural. Em primeiro lugar, o modelo de medição dos fatores foi avaliado para demonstrar um ajustamento aceitável. De seguida, o modelo estrutural, que engloba as variáveis dependentes e independentes, foi ajustado, e as significâncias das trajectórias estruturais foram avaliadas.

RESULTADOS

O ajustamento do modelo de medida foi bom (X^2/df=2,39; p<0,0001; *CFI*=0,99; *GFI*=0,95; *RMSEA*=0,03), assim bem como o do modelo estrutural (X^2/df=2,55; p<0,0001; *CFI*=0,94; *GFI*=0,86; *RMSEA*=0,03), para idosos mais jovens. Quanto aos idosos menos jovens, o ajustamento do modelo de medida também foi bom (X^2/df= 2,48; p<0,0001; *CFI*=0,98; *GFI*=0,94; *RMSEA*=0,04), assim bem como o do modelo estrutural (X^2/df= 2,49; p<0,0001; *CFI*=0,95; *GFI*=0,89; *RMSEA*=0,04).

As variáveis avaliadas correspondem a 67,8% e 73,1% da variabilidade do AaE para a idosos mais jovens e idosos mais jovens, respectivamente.

DISCUSSÃO

Os resultados indicam que as variáveis socio-demográficas, de estilo de vida e relacionadas com a saúde, tais como lazer, saúde percebida e estatuto profissional foram os preditores principais do AaE para os idosos mais jovens. Estes resultados corroboram a

literatura recente, que indica que as atividades produtivas e de lazer pode minimizar as perdas sociais, psicológicas e físicas relacionadas com o envelhecimento (Burholt & Scharf, 2014; Kim & Ferraro, 2014) e aumentar a satisfação com a vida (Baker, Cahalin, Gerst, & Burr, 2005).

O lazer foi o preditor mais significativo de AaE para os idosos jovens (β=0,42; p<0,001). As atividades sociais de lazer e profissionais foram apontadas como tendo um forte relação com o bem-estar na adultícia avançada, por contribuir para inserção num suporte social, sentido de propósito e comportamentos saudáveis (Adams, Leibbrandt, & Lua, 2011; Huxhold, Fiori, & Windsor, 2014).

A espiritualidade percebida foi o preditor mais forte do AaE para os idosos mais velhos (β=0,71; p<0,001) e foi um preditor significativo entre os idosos jovens.A literatura reconhece a importância da espiritualidade para os idosos (Hybels, Blazer, George, & Koenig, 2012) e sugere uma relação positiva entre espiritualidade e alguns elementos de AaE, tais como o crescimento pessoal, apoio social e propósito de vida (Dillon & Wink, 2007).

Uma boa percepção da saúde (β=0,65; p<0,001) e a ausência de doença recente (β=0,45; p<0,001)influenciaram positivamente o AaE, entre os idosos mais velhos. No entanto, a ingestão de medicação não foi um preditor significativo do AaE no nosso estudo. A literatura tem reiterado o impacto positivo da saúde para o envelhecimento bem-sucedido e bem-estar na adultícia avançada (Bowling, 2007; Jopp, Rott, & Oswald, 2008).

A literatura também tem enfatizado variáveis psicológicas, como relacionadas com o AaE (Bauer & McAdams, 2004; Jopp & Rott, 2006; Slangen-Dekort, Midden, Aarts, & Wagenberg, 2001). No entanto, no nosso estudo, o BES e o SIC não foram preditores significativos do AaE em ambos os grupos.

Este estudo apresenta um conjunto de limitações que devem ser referidas. Embora a amostra seja heterogénea, idosos com maior nível educacional e estatuto profissional ativo estão sobre-representados, o que pode ter influenciado os resultados. Uma outra limitação é que os entrevistados sabiam que estavam a responder aos questionários, o que pode ter influenciado as suas respostas numa direção mais socialmente desejável.

Dada a ausência de multicolinearidade, as boas propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados, e o bom ajustamento de ambos os modelos de medida e estruturais, estes resultados são estatisticamente válidos e com fidelidade. Contudo, deve notar-se que esta investigação é exploratória e transversal, o que limita a generalização destes resultados. Assim, é necessário um estudo longitudinal para estabelecer a estabilidade destes preditores. Em conclusão, identificámos diversas variáveis que contribuem positivamente para o aumento do AaE na adultícia avançada dos dois grupos de idosos. Assim, programas de intervenção social e de saúde na comunidade que incluem preditores específicos do AaE para faixas etárias distintas, tais como o lazer e espiritualidade, são recomendados.

REFERÊNCIAS

Adams, K. B., Leibbrandt, S., & Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing & Society, 31,* 683-712.doi.org/10.1017/s0144686x10001091

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine,36*, 725-733. doi: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z

Baker, L., Cahalin, L. P., Gerst, K., & Burr, J. A. (2005). Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment. *Social Indicators Research, 73,* 431-458. doi.org/10.1007/s11205-005-0805-6

Bauer, J. J., & McAdams, D. P. (2004). Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology, 40,* 114-127. doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.114

Bowling, A. (2007). Aspirations for older age in the 21st century: What is successful aging*? International Journal ofAging and Human Development, 64*, 263-297. doi: 10.2190/L0K1-87W4-9R01-7127 ·

Burholt, V., & Scharf, T. (2014). Poor Health and loneliness in later life: The role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, See comment in PubMed Commons below, 69*, 311-24. doi.org/10.1093/geronb/gbt121

Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modelling with AMOS: Basic concepts,* 280 *applications and programming*. London, England: LEA.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13

Dillon, M., & Wink, P. (2007). *In the course of a lifetime: Tracing religious belief, practice and change.* Berkeley, CA: University of California Press.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6

Huxhold, O., Miche., M., & Schüz, B. (2014).Benefits of having friends in older ages: Differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*, 366-375. doi.org 10.1093/geronb/gbt029

Hybels, C., Blazer, D., George, L., & Koenig, H. (2012). The complex association between religious activities and functional imitations in older adults. *The Gerontologist*, *52*, 676-685. doi: 10.1093/geront/gnr156

Jopp, D., & Rott.C. (2006). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging, 21*, 266-280. doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.266

Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008).Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist, 48*, 646-658. doi: 10.1093/geront/48.5.646

Kim, S., & Ferraro, K. F. (2014). Do productive activities reduce inflammation in later life? Multiple roles, frequency of activities, and C-reactive protein. *The Gerontologist, 54,*830-839. doi.org/10.1093/geront/gnt090

Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações* [Structural equationanalysis: Theoretical fundamentals, software and applications]. Pêro Pinheiro: ReportNumber Lda.

Martin, P. (2002). Individual and social resources predicting well-being and functioning in the later years: Conceptual models, research, and practice. *Aging International, 27*,3-29. doi:org/10.1007/s12126-002-1000-6

Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal Aging Human Development, 66*, 97-114. doi: 10.2190/AG.66.2.a

Poon,L., Martin,, P., Bishop, A., Cho, J., Rosa, G., Deshpande, N. . . . Miller, L. (2010). *Understanding Centenarians' Psychosocial Dynamics and Their Contributions to Health and Quality of Life.* Current Gerontology and Geriatrics Research Volume, Article ID 680657, 13 p. doi:10.1155/2010/680657

Slangen-Dekort, Y. A. W., Midden, J. B. C., Aarts, B., & Wagenberg, F. V. (2001). Determinants of adaptive behavior among older persons: Self-efficacy, importance, and personal disposition as directive mechanisms. *International Journal of Aging and Human Development, 53*, 253-274. doi: 10.2190/V52N-Q5VN-C3KW-0LY9

von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Niculescu, G. (2012). Latent constructs of adjustment to aging and subjective age in Portugal and Romania: A comparative multiple correspondence analysis. *Psychology, Community and Health, 1*, 68-80. doi:org/10.5964/pch.v1i1.9

von Humboldt, S., Leal, I., Pimenta, F., & Maroco, J. (2013). Assessing adjustment to aging: A validation study for the Adjustment to Aging Scale (AtAS). *Social Indicators Research, 11*9, 455-472. doi.org/10.1007/s11205-013-0482-9

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 1063-1070. doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

O *bullying* no Nordeste do Brasil: Significados, expressões e reproduções da violência

STEFANIA ALCANTARA (*)
MÒNICA GONZÁLEZ-CARRASCO
CARME MONTSERRAT
FERRAN CASAS
FERRAN VIÑAS
DESIRÉE ABREU (**)

A violência é um fenômeno multifacetado, resultante de complexas interações entre fatores individuais, interpessoais, sociais, culturais e ambientais, e nas últimas décadas tem se configurado como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, devido seus efeitos nocivos a longo e curto prazo à saúde das pessoas (OMS, 2002).

No Brasil, dados estatísticos revelam um drástico cenário da violência, que nos últimos oito anos resultaram num total de meio milhão de vítimas por mortes violentas (IPEA, 2012). Durante o ano de 2010 foram assassinados 8.686 adolescentes, crianças e jovens de 1 a 19 anos de idade, dos quais 3.428 na região nordeste do país. No ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos hospitalares por motivos de violência nas idades de 1 a 19 anos, sendo apontados como principais responsáveis os pais e os amigos, e entre as vítimas de mais de 15 anos, os desconhecidos. A casa, a rua e a escola se destacaram como os principais contextos onde ocorre a violência (Waiselfisz, 2012).

Neste estudo abordaremos especificamente uma das formas de manifestação da violência: a que ocorre entre pares no contexto escolar (bullying). Trata-se de condutas agressivas, com diferentes níveis de violência (físicas, verbais, psicológicas), intencionais, repetitivas ao longo do tempo, sem motivação aparente, que ocorre entre pares e em uma relação desigual de poder e força, exercida por um ou mais indivíduos contra outro(s). As agressões podem perdurar durante semanas, meses ou anos e, algumas vezes, ocorrem na presença de observadores que geralmente não intervêm (Olweus, 1993a).

Pesquisa internacional realizada com a população de escolares em quase 40 países sinaliza que entre as crianças e adolescentes de 11 a 13 anos de idade 13% já haviam sofrido bullying (WHO, 2012). No Brasil, a pesquisa nacional sobre a saúde do escolar indica que entre os adolescentes de 13 a 15 anos de idade 25,4% já haviam sido vítimas de violência nos últimos 30 dias, e 5,4% sofreram bullying sempre ou frequentemente (IBGE, 2009). Após décadas de pesquisas a temática do bullying continua presente no cotidiano

(*) Bolsista do Programa de Doutorado Pleno no Exterior CAPES (Processo nº BEX 0717.13.4).
(**) Bolsista do Programa de Doutorado Pleno no Exterior CAPES (Processo nº BEX 0715.13.1).

escolar, representando um fator de risco ao desenvolvimento saldável das crianças e adolescentes, e desafiando pesquisadores de todo o mundo a buscar sua inteligibilidade (Navarro et al., 2015; Olweus 1993b). Ressalta-se, contudo, que ainda que exista uma ampla literatura sobre o tema são escassos estudos qualitativos desde uma perspectiva ecológica, ou seja, que investiguem ao mesmo tempo as relações entre fatores individuais, interpessoais, contextuais e sociais que contribuem em dito fenômeno (Bronfebrenner 1987; Espelage & Swearer 2010), e ainda desde a perspectiva das crianças e adolescentes como informantes chaves de suas vivencias e experiências acerca de seus contextos de desenvolvimento (família, escola e comunidade) (Casas 2010). Buscando preencher a lacuna existente, este estudo qualitativo tem como objetivo compreender o fenômeno da violência entre pares no contexto escolar desde uma perspectiva ecológica e a partir dos significados atribuídos pelos próprios participantes.

MÉTODO

Participantes

A amostra é composta por 153 participantes, 75 meninos e 78 meninas, com idades de 10 a 15 anos, alunos de sexto e de sétimo do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de zonas urbanas e rurais. Foram selecionadas por sorteio 08 escolas das quais 4 eram públicas e urbanas, 2 públicas e rurais, 2 privadas e urbanas, de 4 municípios do Estado do Ceará, nordeste do Brasil; considerando a proporção de distribuição das escolas neste território. Este estudo corresponde a parte qualitativa de uma pesquisa mais ampla de metodologias quantitativa e qualitativa, que utilizou como técnica para selecionar a amostra a técnica aleatória por conglomerados em duas etapas, selecionando-se primeiro a escola e em seguida o ano escolar. Como critério de inclusão da escola considerou-se a quantidade de alunos (mais de 160 alunos matriculados nos 6º e 7º anos) e distância geográfica (raio de 100 km de Fortaleza, capital do Ceará).

Material

Metodologia qualitativa, com a realização de 15 grupos de discussão (Ibáñez, 1979). Partiu-se de um roteiro semiestruturado com quatro blocos de perguntas. O primeiro relacionado à compreensão do fenômeno da violência por âmbitos da vida: casa, escola, comunidade. O segundo relacionado a existência de fatores individuais, culturais, interpessoais, sociais que podem contribuir com a violência entre pares no contexto escolar. O terceiro relacionado às consequências a saúde e a qualidade de vida, e o último as formas de prevenção e intervenção.

Procedimentos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, Brasil (Protocolo n. 545.107) e a investigação cadastrada na Plataforma Brasil de Pesquisa Científica. Durante todas as fases desta investigação foram respeitados os aspectos éticos e legais de pesquisas que envolvem seres humanos (Resolução 466/12 – Conselho Nacional de Saúde).

Após autorizações institucionais no âmbito da educação, e anteriormente a realização dos grupos de discussão, os gestores das escolas assinaram o *Termo de Concordância Institucional*, os pais/responsáveis legais assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* e *os participantes assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido*, com autorização expressa de registro de voz (gravação) dos grupos realizados.

Os grupos de discussão foram realizados nos meses de maio e junho de 2014, nas escolas, no horário escolar, nos turnos manhã e tarde, com duração de 50 minutos, em grupos de 6 a 12 alunos, de ambos os sexos, separados por ano escolar (6º ou 7º). Durante a realização dos grupos duas pesquisadoras estiveram presentes tanto para informar os objetivos da pesquisa, a participação voluntaria dos participantes, clarificar dúvidas sobre a atividade proposta, como para facilitar a atividade. Os grupos de discussões foram gravados e os áudios transcritos e analisados. As percepções dos participantes foram exploradas através da técnica de análise de conteúdo, seguindo os passos propostos por Bardin (1979). O material textual foi avaliado por dois juízes independentes. Para garantir o anonimato os participantes elegeram nomes fictícios pelos quais foram referidos durante o grupo de discussão.

RESULTADOS

Os resultados são apresentados de acordo com os eixos temáticos citados anteriormente (instrumentos): (1) compreensão do fenômeno da violência por âmbitos da vida; (2) fatores que podem contribuir com a violência entre pares no contexto escolar; (3) consequências à saúde e a qualidade de vida; (4) formas de prevenção e intervenção. Reserva-se para futuros estudos as discussões das diferenças de percepções dos participantes relacionadas a gênero, idade, contexto e territorialidade da escola. Apresenta-se aqui um conjunto de dados que se trata de uma primeira aproximação aos resultados sem fazer tais referências e discussões.

Compreensão do fenômeno da violência por âmbitos da vida: casa, bairro, escola

Relações conflitivas: “brigas entre pais, brigas entre vizinhos, discussão entre pais, discussão entre vizinhos”.

E*xperiência direta ou indireta com diversas formas de violência*: "maus-tratos em casa, abuso sexual no bairro, violência contra mulher no bairro, pais e familiares usuários de álcool e drogas, uso e tráfico de drogas no bairro, pancadaria no bairro, tiroteio nas ruas, morte nas ruas, acidentes de transito". "A gente fica em casa, dormindo, comendo, triste, morrendo de medo que possam invadir a nossa casa, que possa acontecer com a gente". "Lá no bairro é a terceira guerra mundial, é a polícia contra os traficantes, os ladrões roubando e a polícia matando").

Bullying: "é um tipo de violência que acontece na escola entre os colegas". "Bullying é tudo isso de violência que pode acontecer aqui na escola e na rua".

Fatores individuais, interpessoais culturais e sociais que contribuem com o fenômeno da violência entre pares (existem categorias que estão na intersecção de diversos fatores)

Características naturais inerentes ao indivíduo: "porque é metido; porque é ruim; pra fazer o outro chorar porque tem gente que acha legal ver o outro sofrendo".

Negligência parental e carência afetiva: "os pais não ligam pra ele, não cuidam dele; a mãe bate nele, não cuida dele, não presta atenção nele". "Eu acho que é falta de amor e de carinho na família".

Expressão de emoções negativas: "uma vez meus pais brigaram e eu vim pro colégio a força que eu não queria vir, aí um menino fez não sei o que comigo eu empurrei logo ele e comecei a bater". "Bater alivia a raiva de tudo o que a gente não gosta". "Desabafar o que fizeram com ele no passado". "Porque alguém fica irritando aquela pessoa, aí ela se estressa e começa a briga".

Comportamento aprendido: "por causa da criação; essas coisas vêm de casa; aprende com os pais quando tem briga, ficam um xingando o outro e a criança vai ouvindo aquilo". "A gente aprende a violência em casa, vendo os pais brigando, vendo os pais baterem na gente". "A pessoa que vive no mundo e aprende a ser traficante aí tem um filho e ensina o filho a ser" (Casa). "Porque ver outra pessoa na rua e quer fazer o mesmo; o bairro também pode ensinar a ser violento" *(Comunidade)*. "Tem um canal de luta que ensina a bater em todo mundo, até na professora; até em videogame se ensina; um menino jogava um jogo de matar as pessoas ele acabou matando o pai e a mãe". "Televisão ensina tudo de ruim, traição, brigas. Às vezes vídeo também ensina". "Os filmes, os programas de violência, os desenhos, etc.". "Tem jogo no celular também, um aplicativo que ensina a carregar uma arma e como se atira. Tem um aplicativo que fica fazendo zuada de tiro" *(Mídia)*. "Vai cara briga, se tu não fores eu te pego. É fraco, é mole. Você fica mal falado". "Tem gente que fica vaiando e incentivando". "A gente cai na onda do amigo, ele tá indo eu também vou, eu também vou porque ele está brigando e vai ser popular com os outros" *(Grupo de Iguais – Escola)*.

Processos de Vitimização e Agressão: "os pais dele podem bater nele, ele fica com raiva e revida nos colegas". "Às vezes a pessoa que bate apanha também, ele apanha de outra pessoa na rua e acha uma pessoa mais fraca pra ele bater". "Ele pode ser vítima em casa e ser o vilão na escola".

Preconceito/discriminação: "porque você tem algum defeito, alguma diferença, alguma coisa que chame a atenção do outro". "A violência é o preconceito de quem não aceita; tem preconceito que é só porque é negro (racismo); tem um menino lá na sala que chamam de veado" (homossexualidade).

Reconhecimento Social: "se for briga todo munda vai prestar atenção; eu não sou ninguém, mas quando eu bato nele e ganho uma luta todo mundo vai querer falar comigo". "Ele faz isso pra ser popular, o popular entre os meninos é quem vai mais pra direção, quem vai mais suspenso". "Aparece nos filmes que o bad-boy consegue tudo, pega a melhor menina é o *manda-chuva*, é o *ban ban ban* (tem poder e prestígio) ".

Valores Sociais o forte e o fraco: "ser fraco é você sofrer num dia e no outro dia as pessoas ficarem *frescando* com você". "Ser fraco é a pessoa não querer brigar porque ela sente medo. Se perder ele perde a popularidade e os amigos". "O forte quer ser o famoso, o popular; todo mundo conhece, ser o bichão, o fortão, o famoso da escola". "Querem ser os maiorais, se amostrar pras meninas". "Tem menina que gosta de traficante porque tem dinheiro e tem poder. Quer ser o mandão, quer mandar em todo mundo, até nos professores".

Normalização/banalização da violência: "a violência existe em todo canto, é como um labirinto sem saída; todo dia vai se repetindo, todo dia tem bullying na escola. A gente fica tão acostumado com isso que se torna comum".

Ciclo da Violência: "a violência nunca vai acabar, cada dia vai aumentando. É a lei do mais forte, se eles tiverem medo de mim não vão mexer comigo porque sabem que podem apanhar". Bater é bom porque não tá apanhando".

Consequências à saúde e qualidade de vida

"Prejudica não só fisicamente, mas também mentalmente, porque nem sempre a pessoa vai ter cicatriz, mas ela sempre vai lembrar". "Diminui muito o bem-estar. Não sente animo, tem medo porque é ameaçada, às vezes a pessoa pode até entrar em depressão, alguns ameaçam matar, tem pessoas que cometem suicídio". "Todo dia a mesma coisa, todo dia se repete aquilo, a pessoa maltratando, até chegar num ponto que a pessoa não aguenta mais".

Prevenção da Violência entre pares (bullying)

"Palestras (informação); não é dando carão, conversar dando espaço para falar também" (diálogo). "Reunião com pais pra perguntar o que está havendo com o filho deles em casa pra ele chegar assim na escola; observar o que tá acontecendo, conscientizar as pessoas".

"Ensinar o respeito" (educação em valores). "Punições e leis mais severas, suspender, expulsar". "Tinha que ter outro mais forte pra bater nele. Prendendo, mas se ele for de menor não pode ser preso" (internalização da violência). "Ter mais diversão no dia a dia" (recreação e esportes). "Ter menos agitação na escola" (influência do ambiente). "Os outros alunos não darem atenção, ele não vai querer fazer sem nenhuma plateia" (mudança de comportamento e valores).

DISCUSSÃO

A violência, nas suas diversas formas de manifestação, se encontra arraigada nas relações sociais, no cotidiano, nos distintos âmbitos da vida (família, escola, comunidade, etc.); naturalizada, valorada e até certo ponto admitida como forma de sociabilidade, principalmente fomentada como elemento constitutivo de subjetividades (Minayo, 2006).

Verifica-se, de maneira geral, que o bullying é percebido pelos participantes como uma forma de expressão e reprodução do contexto social de naturalização, banalização, valorização da violência, num ambiente escolar marcado por preconceitos, discriminação e exclusão social. Sendo a violência aprendida nos contextos familiar, comunitário, escolar e midiático, em que os envolvidos também são vítimas de violência familiar e comunitária. Nesta mesma linha, pesquisas anteriores também apontam associações entre bullying e: violência familiar (Olweus, 1993b; OMS, 2002; Stelios & Panayiotis, 2013); negligência parental (Cerezo et al. 2015); violência na comunidade (WHO, 2012); influência entre pares (OMS, 2002); ideação e tentativa de suicídio (Olweus, 1993a; WHO 2012), depressão (Garay et al., 2013); exposição repetitiva a violência dos meios de comunicação (Olweus, 1993a; OMS, 2002); naturalização da violência (OMS, 2002). Os participantes relatam sofrimento e diminuição do bem-estar e apontam a necessidade de atividades que promovam o diálogo e a educação em valores. Estes resultados estão em consonância com estudos anteriores que indicam que experiências de bullying representam um impacto negativo e significativo no bem-estar das crianças e adolescentes (Flaspohler et al., 2009; Garay et al., 2013; Navarro et al., 2015).

O conhecimento dos fatores de risco e das interações entre crianças e adolescentes dentro dos contextos de desenvolvimento é fundamental para a elaboração de políticas e programas de prevenção à violência e promoção de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona, España: Paidós.

Casas, F. (2010). El bienestar personal: Su investigación en la infancia y la adolescencia. *Encuentros em Psicología Social*. Monográfico, *5*(1), 85-101.

Cerezo, F., Sánchez, C., Ruiz, C., & Arense, J.-J. (2015). Roles en bullying de adolescentes y preadolescentes, y su relación con el clima social y los estilos educativos parentales. *Revista de Psicodidactica, 20*(1), 139-155. doi: 10.1387/RevPsicodidact.11097

Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2010). A social-ecological model for bullying prevention and intervention: Understanding the impact of adults in the social ecology of youngsters. In S. R. Jimerson, S. M. Swearer, & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective* (pp. 61-72). New York: Routledge.

Flaspohler, P. D., Elfstrom, J. L., Vanderzee, K. L., & Sink, H. E. (2009). Stand by me: The effects of peer and teacher support in mitigating the impact of bullying on quality of life. *Psychology in the Schools*, *46*(7), 636-649. doi: 10.1002/pits.20404

Garay, R. M., Ávila, M. E, & Mártinez, B. (2013). Violencia escolar: Un análisis desde los diferentes contextos de interacción *Psychosocial Intervention*, *22*, 25-32. http://dx.doi.org/10.5093/in2013a4

Ibañez, J. (1979) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

Instituto brasileiro de geografia e estatística – IBGE. (2009). Pesquisa nacional de saúde do escolar. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/default.shtm

Instituto de pesquisa econômica aplicada – IPEA. (2012). Desafios do desenvolvimento. *Violência – Os custos da violência*, *74*, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=1160:reportagens-materias&Itemid=39

Minayo, M.C.S. (2006). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Fio Cruz.

Navarro, R., Ruiz-Oliva, R., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2015). The impact of cyberbullying and social bullying on optimism, global and school-related happiness and life satisfaction among 10-12-year-old schoolchildren. *Applied Research Quality Life*, *10,* 15-36. doi: 10.1007/s11482-013-9292-0

Olweus, D. (1993a). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford, UK: Blackwell.

Olweus, D. (1993b). Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood* (pp. 315-341). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Organização mundial da saúde – OMS. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde* (pp. 1-56). Recuperado de http://pt.scribd.com/doc/98356513/Relatorio-Oms-de-Violencia

Stelios, N. Georgiou, & Panayiotis, S. (2013). Parenting at home and bullying at school *Social Psycholy of Education, 16*, 165-179. doi: 10.1007/s11218-012-9209-z

Waiselfisz, J. (2012). *Mapa da violência. Crianças e adolescentes do Brasil*. Recuperado http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf

World Health Organization – WHO. (2012). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). International Report from the 2009/2010 survey. *Social determinants of health and well-being among young people.* Recuperado de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/167425/E96444_part2_5.pdf

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Escala da humildade relacional aplicada a brasileiros e portugueses – Contributo para validação

SUELY A. DO N. MASCARENHAS (*)
JOANA FREITAS (**)

Num mundo em constante mudanças e em todas as esferas (social, humana, económica, política...), a palavra humildade e todo o valor que lhe está inerente parece ter desvanecido. Como tal, torna-se crucial estudar e aprofundar esta virtude humana. A palavra humildade advém do latim *humus*, que significa filhos da terra e a sua génese advém de raízes religiosas, como virtude fundamental para a fomentação das crenças e da obediência a Deus (Krause, 2010). Mas terá havido uma evolução na significação e essência deste constructo?

Socialmente, a humildade inere um valor grandioso e que todo o ser humano deve transparecer, porém, o seu significado remete para inferioridade, submissão, timidez, o que advoga uma reflexão: se ser-se humilde é importante, quem quer transparecer comportamentos e atitudes tímidas e submissivas? No contexto científico, o estudo desta virtude tem vindo a ser alargado apesar de se revelar complexo por dois motivos principais, nomeadamente a complexidade adjacente à sua definição e à sua medição.

A definição de humildade adjetiva-se como rica e multifacetada, porque, na verdade, esta virtude é sinônimo de (i) avaliação precisa e concisa das habilidades e capacidades; (ii) reconhecimento das falhas, limitações e erros; (iii) perspetivar as habilidades; (iv) o *focus* do *self* é relativamente baixo; (v) desejo genuíno por aprender e servir os outros (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

Neste sentido, se a pessoa humilde comporta todas estas características, então esta virtude humana parece ser uma representação da sabedoria, por haver a consciência da inteligência da pessoa, que a mesma não dispõe de todos os conhecimentos, ou seja, o humilde assume a sua finitude humana (Templeton, 1997, citado por Tangney, 2000).

Pela complexidade inerente à humildade, alguns investigadores definem esta virtude humana com base em virtudes opostas o que não se parece revelar adequado uma vez que a ausência de algo positivo não implica a presença de algo negativo (Davis, Worthington, & Hook, 2010).

Num contexto prático e real, a humildade é visível em quatro circunstâncias, nomeadamente na honra ou reconhecimento, uma vez que o humilde não manifesta um comportamento de ciúme perante a honra; em papéis hierárquicos; em ocasiões de conflito,

(*) Universidade Federal do Amazonas, Brasil.
(**) Universidade do Algarve, Portugal.

a pessoa humilde atua como elemento "regulador" e impede a propulsão de sentimentos negativos; e na interação com pessoas com normas diferentes, por se demonstrar receptivo a novas ideias e regras (Davis, Worthington, & Hook, 2010).

Na verdade, a essência da humildade tem repercussões diárias e nos mais diversos contextos: físico, psicológico, social e político, na liderança e na área educacional. Na componente física, a humildade é promotora do bem-estar (físico, psicológico, social e espiritual) do Homem, uma vez que o *focus* do *self* do humilde é relativamente baixo e simultaneamente, tem consciência que todas as suas ações são executadas pelo bem do outro e não de si próprio. O que proporciona um alívio da preocupação do *self* e da própria vulnerabilidade, traduzindo-se numa diminuição da ansiedade, depressão e fobias sociais. Assinale-se que alguns investigadores também referem que a humildade se reflete numa redução do risco de doenças coronárias (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

Por outro lado, a presença e a fomentação desta virtude facilitam o desenvolvimento de outras virtudes, como seja, a compaixão, perdão, respeito e autoestima, e contrariamente, inibe o desenvolvimento da arrogância, narcisismo e orgulho. Resumindo, o humilde transparece atitudes gentis, agradáveis e não arrogantes (Kupfer, 2003; LaBouff, 2012; Snow, 1995; Tangney, 2000).

Politicamente, esta virtude revela-se também crucial por facilitar a tomada de decisões éticas difíceis e complexas, uma vez que o humilde perspectiva todas as suas ações pelo bem do outro e da comunidade e não exclusivamente para si (Button, 2005).

Apesar de socialmente e de acordo com o estudo de Exline e Geyer (2004), as pessoas não relacionarem a humildade com a capacidade de liderança, a sua ligação é também crucial e positiva. A conexão da humildade a um líder reflete-se no respeito pelos outros, na aceitação do sucesso com simplicidade, na evitação da autocomplacência, num desejo de aprender e solicitar conselhos, o que se traduz em resiliência organizacional e proporciona sucesso às empresas (Vera & Rodriguez-Lopez, 2004).

No âmbito educacional, esta virtude humana também carece de foco e atenção, pois o desejo genuíno pela aprendizagem e pelo conseguir perspectivar todos os conhecimentos conduz a uma evolução positiva e evidente no Homem por não se deixar estagnar (Rowatt et al., 2006). A humildade não é um comportamento inato, mas aprendido nas relações interpessoais no âmbito familiar e comunitário. Diante das incertezas do mundo, ensinar e aprender a cultivar, desenvolver e fortalecer a humildade é uma necessidade que pode contribuir com a visão correta de si mesmo de modo a possibilitar o ajustamento e o bem-estar psicológico e a busca pelos objetivos pessoais e coletivos de forma harmoniosa e segura.

MÉTODO

Na substância do estudo presente, as estratégias de investigação são de carácter quantitativo, e concretamente num estudo psicométrico de validação de instrumento de

avaliação psicológica. Trata-se de investigação de caráter quantitativo, com um desenho transversal (Almeida & Freire, 2008).

Participantes

Participaram da pesquisa 472 sujeitos residentes nos municípios amazonenses de Humaitá (39) 13.5%. Manicoré (1) 0,4%; Benjamin Constant 92 (39,8%; Tabatinga 81 (35,1%) e Canutama 18 (7,8%). Destes 63,9% são do sexo feminino e 36,1% do sexo masculino. Quanto à etnia 20,9% identificam-se como brancos, 16,9% como negros, 9,4% como indígenas e 52,9% como pardos ou morenos. No que se refere ao estado civil 54,1% são solteiros, 22,1% casados, 3,2% divorciados, 18,5% vivem em união estável e 2,1% são viúvos.

Material

Os dados apresentados e discutidos neste artigo foram obtidos por meio da aplicação da Escala da Humildade Relacional desenvolvida por Davis e colaboradores (2011) do Departamento de Psicologia das Universidades de Virgínia, Norte do Texas e da Califórnia dos Estados Unidos da América pretende avaliar a Humildade, designada no âmbito deste estudo por Escala da Humildade Relacional. Esta escala é composta por 16 itens e engloba três subescalas: a Humildade Global, a Superioridade e a Visão correta de si próprio, e podem ser avaliados numa escala *likert* com o valor de 1 – para *discordo totalmente* e o valor 5 – para *concordo totalmente*. A pessoa que responde a esta Escala deve idealizar alguém que considere humilde e na resposta às afirmações deverá atender aos comportamentos que observa nessa pessoa que escolheu.

A validação desta escala por Davis e colaboradores (2011) processou-se com base em cinco estudos e cuja população alvo foram estudantes universitários. Apresentou no último estudo um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,90 para a escala total e valores de 0,92 para a subescala da Humildade Global, de 0,82 para a subescala da Superioridade e de 0,79 para a subescala da Visão correta de si próprio. O que evidencia muitos bons resultados de fiabilidade deste instrumento considerando os critérios recomendados por Hill e Hill (2002).

A subescala da Humildade Global é constituída por 5 itens (1, 2, 3, 4 e 5), enquanto a subescala da Superioridade é constituída pelos itens 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 num total de 7 itens. A subescala da Visão correta de si é constituída por 4 (13, 14, 15 e 16).

Os estudos efetuados os autores distinguem as pessoas mais e menos humildes baseadas no valor estatístico das médias da Escala Total e de cada subescala.

Utilizamos a Escala da Humildade Relacional – desenvolvida por Davis e colaboradores (2011), adaptada e validada por Freitas e Martins (2013) para a população portuguesa, sendo adaptada por Mascarenhas e Freitas (2014) para a população brasileira por meio desta pesquisa. Nessa versão a escala é composta por dezesseis itens com uma escala *likert* com quatro opções: 1 – *discordo totalmente*, 2 – *discordo*, 3 – *concordo* e 4 – *concordo*

totalmente. A escala da humildade relacional é composta por três subescalas: *Humildade Global*, *Visão Correta de Si* e *Superioridade.*

Quando da adaptação e validação da escala para a população portuguesa e atendendo aos resultados obtidos, a Escala da Superioridade foi dividida em duas: *Superioridade 1* (itens 6, 10, 11 e 12); e a *Superioridade 2* (itens 7, 8 e 9), sendo que obteve na validação à população portuguesa um *Alpha* de *Cronbach* de 0.76 e para a brasileira um *alpha de Cronbach* de 0, 0,75. Para a população brasileira as subescalas foram as mesmas que para a população portuguesa: Humildade Global (itens 4, 3, 2, 1, 5); *Visão correta de si* (itens: 14, 15, 16 e 13), *Superioridade I*: (itens 11,10 e 12) e *Superioridade II* (Itens: 8,7,6 e 9).Tendo em atenção os valores de referência a cotação da Escala varia entre 16 a 64, sendo que os valores compreendidos no intervalo de 16 a 51 são considerados como *pouca humildade*, de 52 a 54 com *alguma humildade*; de 55 a 58 com *humildade* e de 59 a 64 com *muita humildade*.

Procedimento

Em todas as fases de aplicação de questionários foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando procedimentos éticos vigentes.

RESULTADOS

Das análises estatísticas realizadas, foram obtidas as seguintes informações: medida de adequação da amostra de *Kaiser Meyer Olkin* – KMO 0,77, a prova de esfericidade *de Bartlett , Qui-Quadrado* aproximado 1094,496, *gl* 120, *Sig*. <0,0001, Coeficiente de fiabilidade total da escala *Alpha de Cronbach* 0,75 e Variância total explicada 61,43%.

Da análise fatorial realizada por meio do Método de extração: Análise de componentes principais, Método de rotação: Normalização Varimaxcom *Kaiser*. Foram obtidas as seguintes subescalas: *Subescala Humildade Global* com 5 itens (4, 3, 2, 1 e 5); *Alpha de Cronbach* 0,82, Valor próprio 2,86 e variância explicada 17,92%. *Subescala Visão correta de si* com 4 itens (14, 15, 16 e 13), *Alpha de Cronbach* 0,78; valor próprio 2,59 e variância explicada 16,19%. *Subescala Superioridade* I com 3 itens (11, 10 e 12). Coeficiente *Alpha de Cronbach* 0,73, valor próprio 2,39 e variância explicada 14,96% e *Subescala Superioridade II* com 4 itens (8, 7, 6, 9), *Alpha de Cronbach* 0,700, valor próprio 1,97 e variância explicada 12,35%.

DISCUSSÃO

O estudo da humildade refletiu que a população do Sul do Amazonas apresenta características de humildade que provavelmente foram aprendidas no dia a dia da vivência

nas pequenas cidades do interior em que o apelo ao egocentrismo encontra-se menor, porque a humildade não é um comportamento inato, mas aprendido nas relações interpessoais no âmbito familiar e comunitário (Ávila, 1998).

Da análise das informações obtidas com a aplicação da escala de humildade relacional no Amazonas (Brasil), foram verificados indicadores psicométricos aproximados aos das pesquisas realizadas no contexto português. Em suma, a humildade assume um carácter universal e fulcral para todos os seres humanos, pois após a realização do estudo desta virtude em três países diferentes, subsiste uma conclusão em comum: o ser humano carece de humildade para viver e não se resumir a sobrevivência!

A validade estatística dos indicadores psicométricos sugere que o instrumento é adequado para avaliar o fenômeno psicológico da humildade. A continuidade de pesquisa e estudos empíricos na área poderá ampliar a oferta de outras informações associadas à temática.

REFERÊNCIAS

Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Ávila, F. B. (1982). *Pequena enciclopédia de moral e civismo* (3ª ed.). Rio de Janeiro, FENAME.

Button, M. (2005). A monkish kind of virtue? For and against humility? *Political Theory, 33*, 840-868. doi: 10.1177/00905917052805225

Davis, D., Worthington, E., & Hook, J. (2010). Humilty: Review of measurement strategies and conceptualization as personality judgment. *The Journal of Positive Psychology, 5,* 243-252. doi: 10.1080/17439761003791672

Exline, J. J., & Geyer, A.L. (2004). Perceptions of humility: A preliminary study. *Self and identidy, 3*, 95-114. doi: 10.1080/1357650034200077

Freitas, J. D. (2013). *A Humildade e a Esperança, como fatores protetores da Resiliência, na práxis humana?* Dissertação de mestrado universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Krause, N. (2010). Religious involvement, humility, and self-rated health. *Social Indicators Research, 98,* 23-39. doi: 10.1007/511205-009-9514-x

Kupfer, J. (2003). The moral perspective of humility. *Pacific Philosophical Quartely, 84,* 249-269. doi: 10.1111/1468-0114-00172

LaBouff, J. P., Rowatt, W. C., Johnson, M. K., Tsang, J. A., & Willerton, G. M. (2012). Humble persons are more helpful than less humble persons: Evidence from three

studies. *The Journal of Positive Psychology, 7,* 16-29. doi: 10.1080/17439760.2011.626787

Mascarenhas, S. A do N., Freitas, J. D, Martins, M. V. M., & Resende, G. C. (2015). Escala da humildade relacional aplicada a habitantes do Amazonas-Brasil – Contributo para validação. In S. Mascarenhas (Coord.), *Em busca de justiça social, cidadania, democracia, sustentabilidade e qualidade de vida em contextos amazônicos. Pesquisa em educação, psicologia, sociedade e ambiente* (Cap. 25 pp. 319-326). Loyola, São Paulo.

Mascarenhas, S. A. do N. (Coord.). (2015). *Relatório parcial do projeto de pesquisa: mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas analisando seus efeitos sobre a cidadania e inserção socioeconômica*. Manaus, Humaitá, Decisão 172/FAPEAM.

Mascarenhas, S. A do N., & Freitas, J. D. (2015). Escala da humildade relacional aplicada a amazônidas (Brasil) e portugueses – Contributo para validação. *Anais do III Congresso de física e matemática, CONFISMAT.* Humaitá, 23 a 27 de novembro de 2015, ISSN 2238-720X, Pôster 3, PDF.

Rowatt, W. C., Powers, C., Targhetta, V., Comer, J., Kennedy, S., & Labouff, J. (2006). Development and initial validation of an implicit measure of humility relative to arrogance. *The Journal of Positive Psychology, 1*, 198-211. doi: 10.1080/17439760600885671

Snow, N. E. (1995). Humility. *The Journal of Value Inquiry, 29*, 203-216. doi: 10.1007/BF01079834

Tangney, J. P. (2000). Humility: Theoretical perspectives, empirical findings and directions for future research. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19,* 70-82. doi: 10.1521/jscp.2000.19.1.70

Vera, D., & Rodriguez-Lopez, A. (2004). Humility as a source of competitive advantage. *Organizational Dynamics, 33,* 393-408. doi: 10.1016/j.orgdym.2004.09.006

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Bem estar psicológico em homens e mulheres do Amazonas-Brasil

SUELY A. DO N. MASCARENHAS (*)
LUÍS SÉRGIO VIEIRA (**)
JOSÉ LUÍS PAIS RIBEIRO (***)

A psicologia da saúde tem investigado diferentes fenômenos que afetam a saúde mental e psicológica de modo a aportar novos conhecimentos a esse novo campo científico das Ciências Humanas. O bem estar psicológico é um fenômeno multidimensional afetado por diferentes situações de vida: Autonomia; Aceitação pessoal; Domínio do Meio; Relações Positivas Outros; Objetivos na Vida e Crescimento Pessoal. Variáveis pessoais e contextuais favorecem ou desfavorecem sua ocorrência em diferentes medidas. Objetiva-se a apresentação e discussão de resultado de pesquisa realizada ao abrigo do apoio FAPEAM Decisão 172/2012. O propósito deste trabalho é apresentar e discutir o fenômeno do bem estar psicológico de *n*=1534 habitantes do Amazonas de ambos os sexos, destacando diferenças de gênero verificadas. O instrumento foi a *Escala Bem Estar Psicológico – Versão reduzida* (Novo, 2005), adaptada por Mascarenhas (2011), organizada em escala Likert de 6 pontos, de 1 – discordo totalmente, a 6 – concordo completamente. Os resultados mostram diferenças entre os sexos feminino e masculino quanto ao sentimento de bem estar psicológico na ocasião da pesquisa (2012-2015). Conclui-se sobre ocorrência de diferenças de gênero o contexto pesquisado quanto ao bem estar psicológico dos participantes. Considerando a influência de variáveis contextuais em mudança contínua que podem afetar o bem estar psicológico da população, sugere-se proposição de pesquisa longitudinal que favoreça o aporte de novos conhecimentos sobre a temática no contexto amazônico.

Segundo a literatura especializada revisada (Novo, Duarte-Silva, & Peralta, 1997), o bem estar psicológico é pessoal e inclui além da satisfação das necessidades básicas, a satisfação de necessidades associadas às representações positivas de cada pessoa sobre o que seria uma vida boa e satisfatória. As variáveis que compõem o bem estar psicológico associam-se com variáveis que explicam o bem estar subjetivo destacando-se: seguridade social, trabalho, riqueza, emprego, salários, comportamento cívico, relações sociais, educação e competências, saúde, qualidade do meio ambiente, qualidade da residência e balanço entre vida-trabalho.

Nos últimos séculos, em especial nas últimas décadas, as oportunidades ofertadas às mulheres em termos de escolarização, acesso ao mercado de trabalho e autonomia política

(*) Universidade Federal do Amazonas, Brasil.
(**) Universidade do Algarve, Portugal.
(***) Universiade do Porto, Portugal.

e social contribuíram para a construção de uma nova identidade feminina e masculina. Paradigma que pode ter afetado a percepção tradicional dos homens acerca de seu papel social. O presente trabalho objetiva apresentar e discutir diferenças de gênero verificadas em habitantes do Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil associadas ao bem estar psicológico, considerando sua importância para a concretização do exercício da cidadania plena e a inserção socioeconômica em contextos diversos em especial no cenário Amazônico. Cenário único e plural que se constitui como espaço histórico e geográfico de rica sociodiversidade palco de diversas culturas e sociedades pós e pré-colombianas ainda por conhecer e incluir no conjunto das sociedades em estudo pela psicologia da saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa transversal habitantes de diversos municípios do Estado do Amazonas (Brasil) que constituíram uma amostra de *n*=1534pessoas residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes habitantes, 32% residem no Munícipio de Humaitá, 42% Manicoré, 7,4% Lábrea, 11% Benjamim Constant, 6,3% Tabatinga e 1,5% em Manaus.

Com relação à idade esta amostra é composta por 65,3% de Jovens Adultos (com idade entre 18 e 25 anos); 34,6% Adultos (com idade entre 26 a 60 anos) e 0,1% na Terceira Idade (acima de 61 anos). Sendo 57,9% do sexo feminino e 42,1% do sexo masculino. No que diz respeito à etnia, 31,8% se declararam pardos; 28,2% brancos; 18,5% indígenas, 11,7% negros, 7,2% caboclose 2,6% não especificaram a etnia.

No que se refere ao indicador de cidadania Escolaridade temos 2,2% sem estudo, 19,1% possuem Ensino Fundamental incompleto, 10,2% Ensino Fundamental completo, 23,7% Ensino Médio incompleto, 15,3% Ensino Médio completo, 24,3% Ensino Superior incompleto, 3,1% Ensino Superior completo e apenas 2,0% da amostra possuem Pós-graduação.

Com relação à renda familiar temos 33,2% não possuem renda fixa, 26,7% tem renda familiar até 01 salário mínimo, 22,8% renda familiar de 02 a 03 salários mínimo, 5,2% de 03 a 05 salários mínimo, e apenas 1,8% possui renda familiar acima de 05 salários mínimo. Com base na classificação de nível socioeconômico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 59,9% da amostra pertencem à classe baixa, ou seja, tem renda mensal entre zero e dois salários mínimo.

Material

Os dados apresentados e discutidos neste texto foram obtidos a partir da aplicação da Escala Sobre Bem Estar Psicológico (Novo & Ribeiro, 2004), Adaptada por Mascarenhas e Ribeiro (2011) para a pesquisa em pauta. O instrumento é constituído por 19 itens. 18

itens fechados, repartidos em escala Likert de 6 pontos. Sendo (1) Discordo totalmente (absolutamente não); (2) Discordo em grande parte; (3) Discordo parcialmente; (4) Concordo parcialmente; (5) Concordo em grande parte e (6) Concordo completamente. Foi incluído um item aberto para uma resposta livre sobre o tema em avaliação que não integra a escala.

Procedimento

Os dados foram coletados em diversos contextos institucionais e comunitários. O instrumento foi aplicado por pesquisadores experientes de modo anônimo e aleatório a pessoas acima de 18 anos que tenham domínio da leitura e da escrita considerando que exige domínio da leitura e interpretação de textos. Foram observados procedimentos éticos vigentes. O tempo variou dentre 15 e 20 minutos considerando o preenchimento do questionário sócio cultural.

Os dados coletados foram enviados à coordenação da pesquisa e receberam tratamento estatístico com o apoio do programa SPSS, o LAPESAM/UFAM/Humaitá com o apoio de pessoal treinado sob a supervisão da coordenadora da pesquisa. Para os objetivos deste estudo, são apresentados resultados descritivos da pesquisa notadamente média e desvio padrão por item destacado e dimensão, e *Anova,* com objetivo de verificar se há diferença entre níveis de bem estar psicológico entre homens e mulheres.

RESULTADOS

Os resultados demonstram diferenças entre os sexos feminino e masculino quanto ao sentimento de bem estar psicológico na ocasião da pesquisa (2012-2015).

Das análises estatísticas descritiva realizadasforam apuradas diferença de gênero, onde destacamos neste estudo os itens 2. “Sinto-me, frequentemente, “atarefado/a” pelo peso das responsabilidades”, sendo que o grupo de mulheres registrou *M*=4,30; *DP*=1,53; e o de homens, *M*=4,10; *DP*=1,56; total, *M*=4,2; *DP*=1,54; item 3. “.Penso que é importante ter novas experiências que mostrem a forma como pensamos sobre nós mesmos e o mundo”, *M*=5,00; *DP*=1,25 para o grupo de mulheres e *M*=4,75; *DP*=1,38 para o grupo de homens, total *M*=4,9; *DP*=1,30; item 9. “Sinto que, ao longo do tempo, tenho me desenvolvido bastante como pessoa”, o grupo de mulheres apresentou *M*=4,93; *DP*=1,29 e o de Homens *M*=4,74; *DP*=1,34, total *M*=4,8; *DP*=1,30; item 11. “Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade” *M*=5,80; *DP*=1,30 para o grupo de mulheres e *M*=4,90; *DP*=1,29 para o grupo de homens, total *M*=5,00; *DP*=1,30 e item 15. “Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida” *M*=2,42; *DP*=1,70 para o grupo de mulheres e *M*=2,70; *DP*=1,76 grupo de homens, total *M*=2,5; *DP*=1,73 (Quadro 1).

Quadro 1

Média e Desvio padrão itens da Escala Sobre Bem Estar Psicológico Homens e Mulheres do Amazonas (Brasil)

	Mulheres		Homens		Total	
DP	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
2. "Sinto-me, frequentemente, "atarefado/a" pelo peso das responsabilidades"	4,30	1,53	4,10	1,56	4,20	1,54
3. "Penso que é importante ter novas experiências que mostrem a forma como pensamos sobre nós mesmos e o mundo"	5,00	1,25	4,75	1,38	4,90	1,30
9. "Sinto que, ao longo do tempo, tenho me desenvolvido bastante como pessoa"	4,93	1.29	4,74	1,34	4,48	1,30
11. "Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para torná-los realidade"	5,80	1,30	4,90	1,29	5,00	1,30
15. "Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida"	2,42	1,70	2,70	1,75	2,50	1,73

Fonte: Base de dados pesquisa de campo, LAPESAM/UFAM, 2012-2013.

DISCUSSÃO

Verifica-se a ocorrência de diferenças de gênero o contexto pesquisado quanto ao bem estar psicológico dos participantes. Homens e mulheres pesquisados demonstram diferenças no sentimento de bem estar psicológico em aspectos considerados importantes como a confiança em planejar o futuro. De entre os itens estudados o item 15 que traduz o sentimento de esperança e perspectivas positivas de mudança de vida visando sua melhoria apresentou as menores medidas, sugerindo um certo sentimento de desesperança e desamparo em lutar por dias melhores tanto em homens como em mulheres, todavia com prevalência da percepção por parte dos homens em comparação com as mulheres.

Considerando a influencia de variáveis contextuais em mudança contínua que podem afetar o bem estar psicológico da população, sugere-se proposição de pesquisa longitudinal que favoreça o aporte de novos conhecimentos sobre a temática no contexto amazônico.

REFERÊNCIAS

Mascarenhas, S. A. do N., Guerreiro, C. M. F., Vieira, L. S., & Pais Ribeiro, J. (2015). Relação entre bem-estar psicológico, renda e cidadania no Amazonas. In. S. A. Mascarenhas (Coord.), *Em busca de justiça social, cidadania, democracia,*

sustentabilidade e qualidade de vida em contextos amazônicos. Pesquisa em educação, psicologia, sociedade e ambiente (cap.17, pp. 249-260). São Paulo: Loyola.

Mascarenhas, S. A. do N. (Coord.). (2015). *Relatório parcial do projeto de pesquisa: mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas analisando seus efeitos sobre a cidadania e inserção socioeconômica.* Manaus, Humaitá, Decisão 172/FAPEAM.

Mascarenhas, S. A do N., Gutierrez, D. M. D. Vieira, L. S., & Pais Ribeiro, J. (2015). O bem estar psicológico de homens e mulheres do Amazonas-Brasil. *Anais do III Congresso de física e matemática, CONFISMAT.* Humaitá, 23 a 27 de novembro de 2015, ISSN 2238-720X, Pôster 1.

Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesadas escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Orgs.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. V, pp. 313-324). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Revisão sistemática de literatura: Parentalidade, alimentação e sono na infância

SUSANA ALGARVIO (*)

A regulação dos ritmos da alimentação e do sono na infância constitui-se como um processo em desenvolvimento desde o nascimento da criança e terá influência sobre o seu desenvolvimento global. A forma como os pais, ou a figura primária de referência, se adaptam às necessidades da criança, e as organizam, será fundamental para um desenvolvimento físico e psíquico saudável da criança.

MÉTODO

Tendo como objetivo avaliar o estado da arte da parentalidade, nas áreas da alimentação e do sono na infância, realizou-se uma revisão sistemática de literatura. Foram realizadas duas pesquisas bibliográficas, a primeira com os descritores Parentalidade, Infância e Alimentação, e a segunda com os descritores Parentalidade, Infância e Sono. Utilizaram-se as seguintes bases de dados: Academic Search Complete, PsycINFO, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycARTICLES, e ERIC. Os critérios de inclusão foram os seguintes: trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2010-2015); com arbitragem científica; população humana.

RESULTADOS

Obtiveram-se 32 resultados para Parentalidade, Alimentação e Infância, e 47 resultados para Parentalidade, Sono e Infância, 32 dos quais foram os mesmos obtidos na pesquisa Parentalidade, Alimentação e Infância. Destes 32 resultados em comum para as duas dimensões, procedeu-se a uma análise por artigo, tendo-se optado por criar 3 categorias: Parentalidade, Alimentação e Infância; Parentalidade, Alimentação, Sono e Infância; e Parentalidade, Sono e Infância.

(*) ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.

Parentalidade, Alimentação e Infância

Fatores Parentais na Alimentação. Estudos sobre a influência de fatores parentais na alimentação consideram o comportamento parental (Arden, 2010; Farrow & Blissett, 2014) em bebés com baixo peso e com peso elevado (Fildes, van Jaarsveld, Llewellyn, Wardle, & Fisher, 2015; Jansen, Daniels, & Nicholson, 2012) e o estilo parental (Blissett, 2011).

Grupos de Risco. O aleitamento materno é descrito como um fator protetor para a Diabetes Tipo 1 (Majeed & Hassan, 2011), em infeções respiratórias (Yamakawa et al., 2015) e ainda na prevenção da obesidade (Thompson, 2013). Estudos recentes abordam a parentalidade em bebés nascidos prematuramente (Flacking & Dykes, 2013; Howe, Sheu, Wang, & Hsu, 2014), em bebés de muito baixo peso à nascença (Pridham, Melby, Brown, & Clark, 2010) e na parentalidade de risco depressivo, psicossocial e cumulativo (Tambelli, Odorisio, & Lucarelli, 2014).

Promoção da Saúde Materno-Infantil. Hetherington, Cecil, Jackson e Schwartz (2011) estudaram a influência do ambiente pré e pós-natal nos hábitos alimentares dos bebés.

Amamentação e Fatores Socioculturais e da Saúde. As orientações de saúde podem colocar as mães em situações de double-bind gerado pelos riscos e benefícios impostos pelo aleitamento materno (Faircloth, 2010; Knaak, 2010), sendo os problemas de amamentação comuns nos primeiros dias de vida (Johns et al., 2013).

Interação mãe-bebé. Morawska, Laws, Moretto e Daniels (2014) observaram a interação mãe-bebé na transição para os sólidos em crianças com um desenvolvimento normativo.

Parentalidade, Alimentação, Sono e Infância

Fatores Parentais na Alimentação e no Sono. Estudos demonstram a influência de variáveis parentais, nomeadamente, o comportamento parental (Brown & Arnott, 2014; McDermott et al., 2010; Winstanley & Gattis, 2013), as práticas parentais de attachment (Miller & Commons, 2010) e o tipo de aleitamento (Brown & Harries, 2015).

Grupos de Risco. Estudos demonstram a necessidade de intervenção parental em mães deprimidas (Balbierz, Bodnar-Deren, Wang, & Howell, 2015), em mães adolescentes (Cardaci, 2011), e para uma melhor comunicação das equipas em mães portadoras de deficiência (Redshaw, Malouf, Gao, & Gray, 2013). Intervenções sistémicas demonstraram ter eficácia em famílias de crianças com problemáticas de sono e de alimentação (Carr, 2014), e em perturbações maternas do humor (Rowe & Fisher, 2010). A depressão paterna foi associada a perturbações da alimentação e do sono do bebé (Cockshaw, Muscat, Obst, & Thorpe, 2014).

Promoção da Saúde Materno-Infantil. A promoção de comportamentos parentais saudáveis tem sido abordada através de grupos de educação parental e aconselhamento

individual (Taveras et al., 2011), através de fóruns online (Porter & Ispa, 2013), e de aplicações de smartphone (Burke, Sargant, & Marden, 2012).

Interação Mãe/Bebé. O comportamento materno de tranquilização do bebé tem um efeito positivo sobre os comportamentos reguladores do bebé (Brown, Pridham, & Brown, 2014).

Parentalidade, Sono e Infância

Fatores Parentais e Sono. Estudos demonstram correlação com o sono materno e paterno, com as perceções parentais do sono do bebé (Sinai & Tikotzky, 2012), com os comportamentos parentais (Mindell, Sadeh, Kohyama, & How, 2010) e com as cognições maternas (Tikotzky & Shaashua, 2012).

Grupos de Risco. Perturbações do sono na infância foram associadas a menor saúde mental materna (Goldberg et al., 2013). No entanto, num estudo com terapia comporta-mental para o tratamento de bebés com perturbações do sono, não foram encontradas diferenças significativas entre mães com e sem sintomatologia depressiva (Črnčec, Cooper, & Matthey, 2010).

Co-sleeping e Espaço para Dormir. Estudos sobre co-sleeping abordam o risco acrescido de morte súbita em bebés com pais que apresentam comportamentos aditivos (Fleming & Blair, 2015) e ainda a importância de abordar as diferenças culturais e expectativas sociais dos pais (Esposito, Setoh, & Bornstein, 2015; Shimizu, Heeung, Greenfield, Taka, & Sawa, 2014).

Perturbações do Sono na Criança. As perturbações do sono do bebé diminuem com intervenção parental precoce (Hauck, Hall, Dhaliwal, Bennett, & Wells, 2012) e com o uso de fraldas descartáveis altamente absorventes (Lukowski, Liu, Odio, & Bauer, 2015), sendo fatores de risco a depressão materna, o aleitamento materno e a partilha de quarto (Simard, Lara-Carrasco, Paquette, & Nielsen, 2011).

Impacto do Sono da Criança nos seus Cuidadores. Hiscock e Fisher (2015) estudaram o impacto do sono do bebé no bem-estar materno e paterno.

Síndrome da Morte Súbita. As campanhas de saúde relativamente à segurança dos bebés na prevenção do Síndrome de Morte Súbita, devem ter em conta a segurança do ambiente de sono (Matthews & Moore, 2013), podendo ser usadas ferramentas de educação online, o que permite atingir um vasto número de pessoas num curto espaço de tempo e, ainda, ter em conta fatores culturais que dificultam a modificação de comportamentos de risco (Ball & Volpe, 2013).

REFERÊNCIAS

Arden, M. (2010). Conflicting influences on UK mothers' decisions to introduce solid foods to their infants. *Maternal & Child Nutrition*, *6*(2), 159-173. doi: 10.1111/j.1740-8709.2009.00194.x

Balbierz, A., Bodnar-Deren, S., Wang, J., & Howell, E. (2015). Maternal Depressive Symptoms and Parenting Practices 3-Months Postpartum. *Maternal & Child Health Journal, 19*(6), 1212-1219. doi: 10.1007/s10995-014-1625-6

Ball, H. L., & Volpe, L. E. (2013). Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) risk reduction and infant sleep location – Moving the discussion forward. *Social Science & Medicine, 79*, 84-91. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.03.025

Blissett, J. (2011). Relationships between parenting style, feeding style and feeding practices and fruit and vegetable consumption in early childhood. *Appetite, 57*(3), 826-831. doi: 10.1016/j.appet.2011.05.318

Brown, A., & Arnott, B. (2014). Breastfeeding Duration and Early Parenting Behaviour: The Importance of an Infant-Led, Responsive Style. *PLoS ONE, 9*(2), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0083893

Brown, A., & Harries, V. (2015). Infant sleep and night feeding patterns during later infancy: association with breastfeeding frequency, daytime complementary food intake, and infant weight. *Breastfeeding Medicine*, *10*(5), 246-252. doi: 10.1089/bfm.2014.0153

Brown, L. F., Pridham, K. A., & Brown, R. (2014). Sequential observation of infant regulated and dysregulated behavior following soothing and stimulating maternal behavior during feeding. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 19*(2), 139-148. doi: 10.1111/jspn.12062

Burke, K. B., Sargant, N., & Marden, B. (2012). Smartphone technology in the paediatric setting. *Archives of Disease in Childhood, 97*(11), 1007-1008. doi: 10.1136/archdischild-2012-302790

Cardaci, R. (2011). A case study of teen parenting. *International Journal of Nursing Terminologies & Classifications*, *22*(1), 40-43. doi: 10.1111/j.1744-618X.2010.01176.x

Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 36*(2), 107-157. doi: 10.1111/1467-6427.12032

Cockshaw, W., Muscat, T., Obst, P. L., & Thorpe, K. (2014). Paternal postnatal depressive symptoms, infant sleeping and feeding behaviors, and rigid parental regulation: A correlational study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 35*(4), 124-131. doi: 10.3109/0167482X.2014.959920

Cowan, S., Pease, A., & Bennett, S. (2013). Usage and impact of an online education tool for preventing sudden unexpected death in infancy. *Journal of Paediatrics & Child Health, 49*(3), 228-232. doi: 10.1111/jpc.12128

Črnčec, R., Cooper, E., & Matthey, S. (2010). Treating infant sleep disturbance: Does maternal mood impact upon effectiveness? *Journal of Paediatrics & Child Health, 46*(1/2), 29-34. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01613.x

Esposito, G., Setoh, P., & Bornstein, M.H. (2015). Beyond practices and values: Toward a physio-bioecological analysis of sleeping arrangements in early infancy. *Frontiers in Psychology*, *6*. ArtID: 264

Faircloth, C. (2010). 'If they want to risk the health and well-being of their child, that's up to them': Long-term breastfeeding, risk and maternal identity. *Health, Risk & Society*, *12*(4), 357-367. doi: 10.1080/13698571003789674

Farrow, C., & Blissett, J. (2014). Maternal mind-mindedness during infancy, general parenting sensitivity and observed child feeding behavior: A longitudinal study. *Attachment & Human Development*, *16*(3), 230-241. doi: 10.1080/14616734.2014.898158

Fildes, A., van Jaarsveld, C. H. M., Llewellyn, C., Wardle, J., & Fisher, A. (2015). Parental control over feeding in infancy. Influence of infant weight, appetite and feeding method. *Appetite, 91*, 101-106. doi: 10.1016/j.appet.2015.04.004

Flacking, R., & Dykes, F. (2013). 'Being in a womb' or 'playing musical chairs': The impact of place and space on infant feeding in NICUs. *BMC Pregnancy & Childbirth, 13*(1), 1-11. doi: 10.1186/1471-2393-13-179

Fleming, P. J., & Blair, P. S. (2015). Making informed choices on co-sleeping with your baby. *BMJ: British Medical Journal, 350*(7994), h563-h563.

Goldberg, W., Lucas-Thompson, R. G., Germo, G. R., Keller, M. A., Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2013). Eye of the beholder? Maternal mental health and the quality of infant sleep. *Social Science & Medicine*, *79*, 101-108. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.006

Hauck, Y. L., Hall, W. A., Dhaliwal, S. S., Bennett, E., & Wells, G. (2012). The effectiveness of an early parenting intervention for mothers with infants with sleep and settling concerns: A prospective non-equivalent before-after design. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(1/2), 52-62. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03734.x

Hetherington, M. M., Cecil, J. E., Jackson, D. M., & Schwartz, C. (2011). Feeding infants and young children. From guidelines to practice. *Appetite*, *57*(3), 791-795. doi: 10.1016/j.appet.2011.07.005

Hiscock, H., & Fisher, J. (2015). Sleeping like a baby? Infant sleep: Impact on caregivers and current controversies. *Journal of Paediatrics & Child Health*, *51*(4), 361-364. Doi: 10.1111/jpc.12752

Howe, T.-H., Sheu, C.-F., Wang, T.-Ni, & Hsu, Y.-W. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities*, *35*(7), 1748-1756. doi: 10.1016/j.ridd.2014.02.015

Jansen, E., Daniels, L. A., & Nicholson, J. M. (2012). The dynamics of parenting and early feeding-constructs and controversies: A viewpoint. *Early Child Development and Care*, *182*(8), 967-981. doi: 10.1080/03004430.2012.678593

Johns, H. M., Forster, D. A., Amir, L. H., Moorhead, A. M., McEgan, K., & McLachlan, H. L. (2013). Infant feeding practices in the first 24-48 h of life in healthy term infants. *Acta Paediatrica, 102*(7), e315-e320. doi: 10.1111/apa.12259

Knaak, S. (2010). Contextualising risk, constructing choice: Breastfeeding and good mothering in risk society. *Health, Risk & Society*, *12*(4), 345-355. doi: 10.1080/13698571003789666

Lukowski, A., Liu, X., Odio, M., & Bauer, P. (2015). Disposable diaper use promotes consolidated nighttime sleep and positive mother-infant interactions in Chinese 6-month-olds. *Journal of Family Psychology, 2*9(3), 371-381. doi:10.1037/fam0000072

Majeed, A. A. S., & Hassan, M. K. (2011). Risk factors for type 1 diabetes mellitus among children and adolescents in Basrah. *Oman Medical Journal, 26*(3), 189-195. doi: 10.5001/omj.2011.46

Matthews, R., & Moore, A. (2013). Babies Are Still Dying of SIDS. *American Journal of Nursing*, *113*(2), 59-64.

McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., & Bor, W. (2010). Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatrica*, *99*(1), 68-71. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01517.x

Miller, P. M., & Commons, M. L. (2010). The benefits of attachment parenting for infants and children: A behavioral developmental view. *Behavioral Development Bulletin, 16*(1), 1-14. doi: 10.1037/h0100514

Mindell, J. A., Sadeh, A., Kohyama, J., & How, T. H. (2010). Parental behaviors and sleep outcomes in infants and toddlers: A cross-cultural comparison. *Sleep Medicine, 11*(4), 393-399. doi: 10.1016/j.sleep.2009.11.011

Morawska, A., Laws, R., Moretto, N., & Daniels, L. (2014). Observing the mother-infant feeding interaction. *Early Child Development & Care*, *184*(4), 522-536. doi: 10.1080/03004430.2013.800051

Porter, N., & Ispa, J. M. (2013). Mothers' online message board questions about parenting infants and toddlers. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(3), 559-568. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06030.x

Pridham, K., Melby, J. N., Brown, R., & Clark, R. (2010). The contribution of infant, maternal, and family conditions to maternal feeding competencies. *Parenting: Science & Practice*, *10*(1), 18-42. doi: 10.1080/15295190903014596

Redshaw, M., Malouf, R., Gao, H., & Gray, R. (2013). Women with disability: The experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy & Childbirth, 13*(1), 1-14. doi: 10.1186/1471-2393-13-174

Rowe, H. J., & Fisher, J. R. W. (2010). The contribution of Australian residential early parenting centres to comprehensive mental health care for mothers of infants: Evidence from a prospective study. *International Journal of Mental Health Systems*, *4*, 6-17. doi: 10.1186/1752-4458-4-6

Shimizu, M., Heeung, P., Greenfield, P. M., Taka, M., & Sawa, S. (2014). Infant sleeping arrangements and cultural values among contemporary Japanese mothers. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00718

Simard, V., Lara-Carrasco, J., Paquette, T., & Nielsen, T. (2011). Breastfeeding, maternal depressive mood and room sharing as predictors of sleep fragmentation in 12-week-old infants: A longitudinal study. *Early Child Development and Care*, *181*(8), 1063-1077.

Sinai, D., & Tikotzky, L. (2012). Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behavior & Development*, *35*(2), 179-186. doi: 10.1016/j.infbeh.2012.01.006

Tambelli, R., Odorisio, F., & Lucarelli, L. (2014). Prenatal and postnatal maternal representations in nonrisk and at-risk parenting: Exploring the influences on mother-infant feeding interactions. *Infant Mental Health Journal*, *35*(4), 376-388. doi: 10.1002/imhj.21448

Taveras, E., Blackburn, K., Gillman, M., Haines, J., McDonald, J., Price, S., et al. (2011). First steps for mommy and me: A pilot intervention to improve nutrition and physical activity behaviors of postpartum mothers and their infants. *Maternal & Child Health Journal*, *15*(8), 1217-1227. doi: 10.1007/s10995-010-0696-2

Thompson, A. (2013). Intergenerational impact of maternal obesity and postnatal feeding practices on pediatric obesity. *Nutrition Reviews, 71*, S55-S61. doi: 10.1111/nure.12054

Tikotzky, L., & Shaashua, L. (2012). Infant sleep and early parental sleep-related cognitions predict sleep in pre-school children. *Sleep Medicine*, *13*(2), 185-192. doi: 10.1016/j.sleep.2011.07.013

Winstanley, A., & Gattis, M. (2013). The Baby Care Questionnaire: A measure of parenting principles and practices during infancy. *Infant Behavior & Development, 36*(4), 762-775. doi: 10.1016/j.infbeh.2013.08.004

Yamakawa, M., Yorifuji, T., Kato, T., Inoue, S., Tokinobu, A., Tsuda, T., et al. (2015). Long-term effects of breastfeeding on children's hospitalization for respiratory tract infections and diarrhea in early childhood in Japan. *Maternal & Child Health Journal, 19*(9), 1956-1965. doi: 10.1007/s10995-015-1703-4

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Correlatos do optimismo e da espiritualidade em indivíduos com queixas de acufenos

VASCO OLIVEIRA (*)
RUTE F. MENESES (**)
NUNO TRIGUEIROS DA CUNHA (***)

O optimismo e a espiritualidade estão relacionados com uma perspectiva positiva e dinâmica, quer da vida quer da relação com a saúde, como referem Morgenstern e colaboradores (2011) para quem o optimismo e a espiritualidade são factores psicológicos que estão associados com a saúde. Esta associação entre a espiritualidade e o optimismo está presente no trabalho de Pinto e Pais-Ribeiro (2007) que desenvolveram a Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (EAECS), em que uma das dimensões associadas à espiritualidade é a dimensão horizontal, associada à procura do sentido da vida, que reflecte a procura da esperança e do optimismo, e com maior correlação com a QDV do indivíduo. Nesta linha de pensamento, podemos apontar o optimismo como um indicador de espiritualidade.

Na tentativa de sistematizar a pesquiza bibliográfica sobre o tema, recorreu-se em 2012 à PUBMED procurando-se artigos que abordassem o optimismo e a espiritualidade em doentes com acufenos, que são a percepção de um som que não é gerado por qualquer vibração externa (Dauman, 1997), tendo encontrado quatro para pesquisa sobre optimismo, dos quais dois se centravam no optimismo como constructo teórico, não se tendo encontrado nenhum que referisse a avaliação da espiritualidade na problemática dos acufenos. Tais dados, ou a falta deles, foi uma motivação extra para a realização deste estudo.

Optimismo

Sendo o conceito de optimismo um conceito recente foi Tiger, em 1979 (citado por Pedro, 2010), o primeiro autor a apresentar uma definição conceptual, referindo que seria uma predisposição ou uma atitude que o indivíduo apresenta, esperando futuramente receber tributo ou vantagem daquilo que é o seu desejo. O optimismo pode ser definido como a tendência que o sujeito apresenta para aguardar de uma forma positiva os acontecimentos de vida relacionados com o bem-estar psicológico, social e físico (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010; Laranjeira, 2008).

(*) Universidade Fernando Pessoa; Escola Superior de Tecnologia da Saúde (IPP); 3 Hospital das Forças Armadas, Porto, Portugal.

(**) Universidade Fernando Pessoa; Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa; Centro Transdisciplinar de Estudos da Consciência da Universidade Fernando Pessoa, Portugal.

(***) Hospital de Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Portugal.

Os indivíduos que apresentam uma visão da vida mais favorável têm maior capacidade de lidar com o *stress* e a doença de uma forma mais positiva, com processos adaptativos mais eficazes, sendo um traço estável da personalidade que se mantém mesmo nas situações mais adversas, esforçando-se o indivíduo para alcançar os objectivos, mesmo que tal se processe de forma lenta (Carver et al., 2010; Laranjeira, 2008; Pedro, 2010).

Os optimistas adoptam comportamentos positivos, centrando-se na resolução do problema, procurando mais informação e reformular as estratégias utilizadas para obter melhores resultados (Carver et al., 2010; Pedro, 2010). São por norma mais resistentes à depressão, mais felizes com a vida, apresentando mais satisfação com o suporte familiar e social, o que irá, consequentemente, influenciar a sua QDV. A um maior optimismo disposicional está associado estilos de *coping* mais adaptativos, maior probabilidade de sucesso nas áreas profissional, pessoal e social, e melhor saúde física e mental (Carver et al., 2010).

Os pessimistas desenvolvem mais facilmente sintomas depressivos, apresentam maior hostilidade e ansiedade, utilizando estratégias menos eficazes como o dormir, comer e beber em excesso (Pedro, 2010). Além disso, quando as situações implicam uma evolução lenta, duvidam da validade das estratégias que estão a usar e desistem facilmente dos processos terapêuticos que lhes são propostos (Carver et al., 2010).

Segundo Laranjeira (2010), os indivíduos do sexo masculino apresentam maior optimismo que os indivíduos do sexo feminino, mas Glaesmer e colaboradores (2012) não encontraram diferenças, o mesmo se passando com Bastianello, Pacico e Hutz (2014).

Na relação entre optimismo e saúde, verifica-se que os indivíduos com mais optimismo estabelecem estratégias de *coping* mais eficazes para resolver as situações ou adaptar-se a elas (Carver et al., 2010; Pedro, 2010). Verifica-se igualmente um maior controlo de sintomas como a dor e a fadiga, sendo mais cooperantes nos processos terapêuticos e de reabilitação, apresentando maior facilidade na gestão de conflitos, sendo factores importantes nas situações ligadas à saúde (Carver et al., 2010; Pedro, 2010).

O uso do LOT (Life Orientation Test) tem mostrado uma relação significativa entre optimismo e a presença de dificuldades associadas à presença dos acufenos, o que se estende igualmente à presença de perda auditiva, com reacções emocionais devidas a essa perda (Andersson, 1996). Nesse estudo, o valor médio obtido foi de 20,10 (*dp*=5,98), e verificou-se a existência de correlações significativas entre os valores do LOT e a idade e duração da presença dos acufenos. No entanto Glaesmer e colaboradores (2012) não encontraram diferenças relativamente a variações significativas do optimismo em função da idade.

Vollmann, Scharloo, Langguth, Kalkouskaya e Salewski (2014) verificaram que os optimistas têm uma percepção dos seus acufenos com menos consequências graves e perturbação emocional, e valorizando mais o controlo da situação através do tratamento médico do que os pessimistas. Verificaram igualmente uma correlação com a depressão, que está correlacionada com a valorização da gravidade dos acufenos.

Espiritualidade

Desde os tempos ancestrais, e pelo desconhecimento do que estava por detrás dos "males" e doenças que acometiam os indivíduos, que eram os líderes espirituais e religiosos que tinham os conhecimentos para a cura desses problemas (Koenig, 2007). Daí que espiritualidade e religiosidade se confundam no contexto da saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). No entanto, a espiritualidade é um processo pessoal e dinâmico, abrangente e multidimensional, que pode ou não estar alicerçado na prática religiosa, mas que procura encontrar o sentido da vida, sendo integradora da experiência humana e surgem com maior acutilância na doença, sobretudo nos momentos em que a sua evolução é percebida quer pelo paciente, quer pela sua família e cuidadores (Barbosa, 2010; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Deve-se referir que mesmo quem não é religioso ou tem fé religiosa, apresenta um sistema de crenças que alicerçam a sua postura perante a vida (Barbosa, 2010).

Existem várias definições de espiritualidade. Sawatzky, Ratner e Chiu (2005) referem a espiritualidade como sendo algo que ultrapassa as dimensões física, psicológica ou social da vida, mas que está também frequentemente associada a uma procura existencial de significado e propósito para a vida, juntando-se um terceiro atributo que relaciona a espiritualidade com as experiências pessoais de cada um, mas que não serão necessariamente expressas através de comportamentos e práticas pré-definidas, distinguindo espiritualidade de religião, uma vez que se encontram pessoas que se consideram espirituais, mas não necessariamente religiosas.

No que diz respeito à QDV, o Grupo WHOQOL assume a importância da espiritualidade como um dos seus indicadores (Panzani et al., 2007), tendo desenvolvido um instrumento específico, o WHOQOL-SRPB (2002)[1], para avaliar mais adequadamente a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos indivíduos (Fleck & Skevington, 2007). Nos últimos anos, várias investigações científicas têm vindo a focar a espiritualidade (Meneses, 2006; Panzani et al., 2007), sugerindo a existência de relação positiva entre a religião, a componente espiritual e a saúde mental e física (Koenig, 2004; Panzani et al., 2007). Torna-se particularmente importante na presença de um problema crónico, sendo a esperança uma fonte de força espiritual, encontrando a coragem necessária para fazer face ao problema (Narayanasamy, 1996). Através da espiritualidade procura-se que o indivíduo promova alterações do seu estado de saúde, particularmente através das estratégias de *coping,* desenvolvendo uma maior resistência (Narayanasamy, 1996; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Perspectivando uma mudança de paradigma nos cuidados de saúde, passando de uma abordagem fisiopatológica para uma abordagem mais abrangente e global, é de considerar a espiritualidade como uma dimensão importante a investigar (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), apesar de na pesquisa bibliográfica efectuada não ter sido encontrado nenhum estudo em indivíduos com queixas de acufenos. Koenig (2004) refere ter encontrado mais de 60 estudos onde a espiritualidade, particularmente a religião assumiu um papel no *coping* de pacientes com artrite, diabetes, patologia cardíaca, cancro, *HIV/SIDA*, fibrose cística,

[1] www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf

esclerose lateral amiotrófica, dor crónica, entre outros problemas crónicos. Barbosa (2010) refere a necessidade de motivar e preparar os profissionais de saúde para que possam abordar os aspectos espirituais dos pacientes.

MÉTODO

Os objectivos do presente estudo são: (a) caracterizar o optimismo de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas; e (b) caracterizar a espiritualidade de indivíduos com queixas de acufenos e explorar a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

A amostra é constituída por 58 indivíduos, utentes da Consulta de ORL do Hospital das Forças Armadas – Pólo do Porto, que apresentam uma média de idades de 56,6 anos (27-66; *DP*=9,09), 37 homens, com audição média de 26,1 dB (11,9-40,0 dB; *DP*=7,16) e com queixa de acufenos em média há 4,96 anos (0,5-40,0; *DP*=7,37).

Eram efectuados os exames audiológicos, seguidos da acufenometria para caracterizar psico-acusticamente os acufenos, sendo este aspecto complementado pelo uso da versão portuguesa do *Tinnitus Handicap Inventory* (THI), que permitia uma avaliação da sua gravidade.

Foi utilizado um questionário sóciodemográfico e clínico para a recolha de dados, a Escala de Optimismo (LOT-R), que inclui 10 itens, sendo 6 para avaliarem o Optimismo e 4 distratores (Laranjeira, 2008; Pais-Ribeiro & Pedro, 2006). Dos itens da escala original, que incluía 8 itens para avaliar o Optimismo, mantiveram-se 4, variando de 4 – "Concordo totalmente", a 0 – "Discordo totalmente" (Pais-Ribeiro & Pedro, 2006). Foi igualmente utilizada a Escala da Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), que permite avaliar duas dimensões associadas à espiritualidade, a vertical que está associada à prática religiosa, e a horizontal, mais associada à procura do sentido da vida, à procura da esperança e do optimismo, e com maior correlação com a QDV do indivíduo.

RESULTADOS

Os 57 indivíduos da amostra que foram avaliados no que diz respeito ao optimismo disposicional (LOT-r), obtiveram uma média de 16,14, sendo de referir que o máximo possível (24) foi atingido por um elemento da amostra, não havendo ninguém com o valor mínimo possível (0) (cf. Tabela 1). Assumindo que para um ponto de corte de 12 (valor médio da escala), 12,3% dos seus elementos estão abaixo desse valor.

Tabela 1

Estatística descritiva optimismo (N=57)

	Mínimo	*Máximo*	*M*	*dp*
Total optimismo	4	24	16,14	4,385

Relativamente ao sexo, apesar dos homens terem apresentado resultados ligeiramente superiores, estatisticamente (Teste *U* de *Mann-Whitney*) essa diferença não foi significativa (p=0,712). Para o estado civil (Teste *U* de *Mann-Whitney*; p=0,613), a actividade profissional (p=0,443) e situação profissional (Testes de *Kruskal-Wallis*; p=0,274) também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No que se refere às restantes variáveis estudadas – idade (p=0,611), escolaridade (p=0,453), duração da queixa dos acufenos (p=0,912), nível de audição (p=0,420), e EVA para a intensidade dos acufenos (p=0,299) não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre elas e o optimismo, através do uso do teste de *Spearman.*

No que concerne à Espiritualidade, avaliada através da EAECS, verificou-se uma média de 12,67, num total possível de 20, existindo um elemento da amostra que atingiu o valor máximo (20), não tendo ninguém ficado com o valor mínimo (0).

Tabela 2

Estatística descritiva espiritualidade (N=58)

	Mínimo	*Máximo*	*M*	*dp*
Total espiritualidade	5	20	12,67	3,305

Os valores obtidos para a dimensão espiritual (atribuição de sentido/significado de vida), questões 1 e 2 do instrumento, apresentam uma média por item de 2,58 (dp=1,04), enquanto a dimensão associada à esperança e perspectiva de vida positiva (questões 3, 4 e 5), apresentam uma média por item de 2,51 (dp=0,75). Pela análise das médias (teste *t* de amostras emparelhadas), obteve-se o valor de p=0,643, correspondendo à não existência de diferenças significativas entre as médias.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao sexo (p=0,660) e estado civil (p=0,075) (Testes de *Mann-Whitney*), bem como na actividade profissional (0,365) e situação profissional (p=0,320) (Testes de *Kruskal-Wallis*).

Através do Teste de *Spearman*, também não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre a espiritualidade e a duração dos acufenos (p=0,507), o nível de audição (p=0,511) e a EVA para a intensidade dos acufenos (p=0,400). Contudo, verificaram-se correlações estatisticamente significativas no que respeita à idade e escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3

Correlação espiritualidade/variáveis sociodemográficas e clínicas(N=58)

		Idade	*Anos de escolaridade*
Total espiritualidade	*rs*	,308	-,319
	p (2-tailed)	,019	,015

DISCUSSÃO

No que se refere à avaliação do optimismo, a amostra do estudo apresenta 12,3% dos seus elementos abaixo do valor médio da escala, o que permite concluir que os resultados obtidos estão dentro de valores positivos, apesar de inferiores aos encontrados por Andersson (1996).

Quanto à relação entre optimismo e sexo, o optimismo era maior nos homens, o que confirma os achados de Laranjeira (2008), mas sem que essas diferenças fossem estatisticamente significativas, indo ao encontro dos resultados apresentados por Bastianello e colaboradores (2014) e Glaesmer e colaboradores (2012). Como tal, não se encontraram correlações entre o optimismo e nenhuma das variáveis estudadas nesta amostra de indivíduos com acufenos, ao contrário de Andersson (1996), que encontrou correlações com a idade e duração dos acufenos. O estado civil, a actividade e situação profissional, bem como o nível de audição e intensidade dos acufenos, não apresentaram qualquer correlação com o optimismo.

O valor da média obtida na EAECS (Espiritualidade) permite verificar que 27,6% dos indivíduos da amostra estão abaixo do valor médio da escala (assumido como ponte de corte), logo com valores de espiritualidade baixos, permitindo pensar que será útil intervir nesta área, promovendo a espiritualidade de pacientes com queixas de acufenos.

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao sexo, apesar das mulheres apresentarem valores ligeiramente superiores, nem ao estado civil, nem actividade e situação profissional, sendo de considerar as características dos subgrupos da amostra para que tal tenha acontecido, quer na espiritualidade, quer no optimismo.

No entanto, verificaram-se correlações estatisticamente significativas no que diz respeito à idade, verificando-se que os mais velhos apresentavam maior probabilidade de terem valores mais elevados de espiritualidade, e nos anos de escolaridade, aqui com uma correlação negativa, em que menor escolaridade correspondia a valores mais elevados de espiritualidade.

A duração dos acufenos, bem como o nível de audição e intensidade dos acufenos não se correlacionam com a espiritualidade.

Do que foi exposto anteriormente, depreende-se que o optimismo e a espiritualidade são duas dimensões importantes na abordagem aos aspectos de saúde e na doença do indivíduo, e que poderão ser importantes para a intervenção terapêutica, neste caso concreto na presença de queixas de acufenos. Se o optimismo não parece estar particularmente "afectado" nesta amostra, já a componente espiritualidade parece ser relativamente baixa nestes indivíduos.

Dos resultados obtidos, no optimismo não é possível obter um perfil que permita identificar sujeitos com maior probabilidade de valores mais baixos, enquanto na espiritualidade, o ser mais novo e com maior escolaridade poderá indicar um perfil para identificar indivíduos com espiritualidade mais baixa.

Será pois de considerar, no contexto de uma abordagem terapêutica em pacientes com acufenos, dar informações aos técnicos de saúde envolvidos nesse processo no sentido de utilizarem estas duas dimensões, utilizando estratégias que permitam desenvolvê-las nesse contexto, particularmente no âmbito de uma abordagem multidisciplinar.

Este aspecto parece reforçar a utilidade de um instrumento terapêutico que forneça informações que cognitivamente sejam relevantes para a compreensão do problema e estratégias que o paciente possa utilizar sempre que se encontra numa fase pior.

Será igualmente importante replicar este estudo com uma amostra de indivíduos com diferentes graus de perda auditiva, uma vez que esta variável estava controlada neste estudo, e replicá-lo igualmente após o uso do instrumento terapêutico proposto.

REFERÊNCIAS

Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology and Health, 11*, 697-707. doi: 10.1080/08870449608404998

Barbosa, A. (2010). Espiritualidade. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 595-659). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). Optimism, self-esteem and personality: Adaptation and validation of the Brazilian version of the Revised Life Orientation Test (LOT-R). *Psico-USF, 19*(3), 523-531. doi.org/10.1590/1413-82712015200205

Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.006

Dauman, R. (1997). Acouphénes: Mecanismes et approche clinique. *Encyclopedie Médico-Chirurgicale, Oto-rhino-laryngologie, 20*, 180-A-10. Paris: Elsevier.

Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explaining the meaning of the WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(Supl. 1), 146-149. Consultado em 10 de Fevereiro de 2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700018&lng=en&tlng=en.

Glaesmer, H., Rief, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M., & Hinz, A. (2012). Psychometric properties and population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *British Journal of Health Psychology, 17*, 432-445. doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02046.x

Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: Research findings and implications for clinical practice. *Southern Medical Journal, 97*(12), 1194-1200. doi: 10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE

Laranjeira, C. A. (2008). Tradução e validação portuguesa do revised Life Orientation Test (LOT-R). *Universitas Psychologica, 7*(2), 469-476.

Meneses, R. F. (2006). Espiritualidade na óptica da Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 203-230). Coimbra: Quarteto.

Morgenstern, L. B., Sánchez, B. N., Skolarus, L. E., Garcia, N., Risser, J. M. H., Wing, J. J., et al. (2011). Fatalism, optimism, spirituality, depressive symptoms and stroke outcome: A population-based analysis. *Stroke: A Journal of Cerebral Circulation, 42*(12), 3518-3523. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.625491

Narayanasamy, A. (1996). Spiritual care of chronically ill patients. *British Journal of Nursing, 5*(7), 411-416. doi: 10.12968/bjon.1996.5.7.411

Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(supl. 1), 105-115.

Pedro, L. M. R. (2010). *Implicações do optimismo, esperança e funcionalidade na qualidade de vida em indivíduos com esclerose múltipla*. Lisboa: Ed. Colibri.

Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina, 21*(2), 47-53.

Sawatzky, R., Ratner, P. A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between Spirituality and Quality of Life. *Social Indicators Research, 72*, 153-188.

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

Vollmann, M., Scharloo, M., Langguth, B., Kalkouskaya, N., & Salewski, C. (2014). Illness representations as mediators of the relationship between dispositional optimism and depression in patients with chronic tinnitus: A cross-sectional study. *Psychology & Health, 29*, 81-93. http://www.tandfonline.com/10.1080/08870446.2013.828294

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Do papel-e-lápis à realidade virtual: Uma nova abordagem para reabilitação cognitiva personalizada

ANA LÚCIA FARIA (*)
MARIA SALOMÉ PINHO (**)
SERGI BERMÚDEZ I BADIA (***)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, anualmente, em todo o mundo, ocorrem cerca de 15 milhões de acidentes vasculares cerebrais (AVC's) que deixam 1/3 de sobreviventes com alterações cognitivas e/ou motoras (WHO, 2014). Para além dos défices motores, em 70% dos casos, o AVC é responsável por défices cognitivos que afectam a capacidade para realizar, de forma independente e segura, as atividades da vida diária (ADL's) (Bowen & Patchick, 2014).

Atualmente, a reabilitação no pós-AVC segue uma abordagem ascendente, com o foco principal na reabilitação da marcha, seguindo-se a reabilitação dos membros superiores e, por fim, a terapia da fala (Connor & Shaw, 2014). Neste contexto, os défices cognitivos não são sistematicamente avaliados e reabilitados. A reabilitação cognitiva inapropriada, ou inexistente, prejudica o potencial de recuperação de alguns pacientes, limitando a sua capacidade de viverem independentemente (Duncan et al., 2005) e aumentando o número e a frequência de encaminhamentos para lares e centros de reabilitação (Cumming, Marshall, & Lazar, 2013). Num estudo da James Lind Alliance, 799 pacientes vítimas de AVC's foram entrevistados acerca das suas dificuldades persistentes no pós-AVC, tendo reportado problemas de concentração (45%), memória (43%) e leitura (23%) (McKevitt et al., 2010). Um número elevado de pacientes considerou que, domínios como a memória e a concentração, não foram tratados de forma adequada, especialmente quando comparados com outros domínios, como a marcha por exemplo. Da mesma forma, quando consultaram os cuidadores e profissionais de saúde, a conclusão principal do estudo foi a de que, desenvolver novas metodologias para melhorar o funcionamento cognitivo no pós-AVC, deveria ser uma prioridade de investigação (Pollock, St. George, Fenton, & Firkins, 2014).

As metodologias de reabilitação cognitiva (Wilson, 2002), em especial, necessitam de uma abordagem teórica que integre teorias e modelos de áreas distintas. No entanto, até ao momento, não existe um modelo único ou uma abordagem integradora para a reabilitação cognitiva, que atenda aos múltiplos aspectos das funções cognitivas envolvidas nas tarefas de vida diária (Gracey & Wilson, 2013). Apesar das tarefas de papel e lápis serem largamente utilizadas, devido à sua validade clínica e custo reduzido (Parsons, 2015), a sua

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra / Madeira Interactive Technologies Institute.
(**) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
(***) Madeira Interactive Technologies Institute / Universidade da Madeira.

seleção e adequação às necessidades dos pacientes carece de um conjunto de diretrizes sobre como parametrizar estas tarefas (Wilson, 2002).

Os enquadramentos teóricos da reabilitação cognitiva têm funcionado relativamente bem para os défices corticais focais (hemi-negligência e afasia), mas nem tanto para os défices cognitivos mais generalizados (diminuição do processamento da informação e disfunção executiva) (Cumming et al., 2013). Deste modo, a reabilitação cognitiva do AVC continua a ser, maioritariamente, aplicada de acordo com a experiência do profissional de saúde, baseando-se numa seleção subjetiva de tarefas papel e lápis, que podem não estar ajustadas às necessidades cognitivas específicas dos pacientes (Parsons, 2015), para além de que são de difícil execução quando existe hemiplegia do membro superior dominante.

A Realidade Virtual (RV) tem um enorme potencial para maximizar a intensidade e a personalização da reabilitação cognitiva do AVC, capacitando a execução de tarefas personalizadas e controladas (Larson, Feigon, Gagliardo, & Dvorkin, 2014). Uma das principais vantagens da RV é a possibilidade de adaptar os parâmetros de uma tarefa e os níveis de dificuldade ao desempenho do paciente, o que aumenta a especificidade do treino e a motivação, evitando o aborrecimento ou a frustração (Laver, George, Thomas, Deutsch, & Crotty, 2015). Esta tecnologia permite também a utilização de interfaces de interação com o computador, maximizando a capacidade dos pacientes para desempenharem tarefas executivas complexas, tais como planeamento (Serino et al., 2014), resolução de problemas (Jansari et al., 2014), atenção (Díaz-Orueta et al., 2014) e controlo inibitório (Henry, Joyal, & Nolin, 2012), utilizando e, consequentemente estimulando, o membro superior afectado (Faria, Vourvopoulos, Cameirão, Fernandes, & Bermúdez i Badia, 2014).

Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários ambientes em RV com o objectivo de avaliar ou reabilitar competências necessárias ao desempenho de Atividades de Vida Diária (AVD's) (Klinger et al., 2013). Estes, no entanto, têm se dirigido separadamente ao domínio cognitivo [e.g., Virtual Action Planning – Supermarket (Josman et al., 2014), Virtual Street Crossing System (Navarro, Lloréns, Noé, Ferri, & Alcañiz, 2013), Systemic Lisbon Battery (Gamito & Oliveira, 2013)] ou motor [e.g., Rehabilitation Gaming System (Cameirão, Badia, Duarte, Frisoli, & Verschure, 2012), SeeMe System (Sugarman, Weisel-Eichler, Burstin, & Brown, 2011), IREX System (Kim, Chun, Yun, Song, & Young, 2011)]. À semelhança do que acontece com as tarefas papel e lápis, não existem diretrizes para a concepção de conteúdos de reabilitação cognitiva baseada em RV. As tarefas em RV são geralmente definidas sem uma compreensão do seu impacto na memória, funções executivas, atenção e linguagem, para além de que apenas algumas consideram a parametrização da dificuldade (Laver et al., 2015).

Neste trabalho, de forma a desenvolver um programa de reabilitação cognitiva personalizada, para além de integrar teorias existentes, envolvemos os profissionais de reabilitação numa metodologia de design participativo. Através das diretrizes obtidas através desta metodologia, desenvolvemos uma aplicação *web* para gerar tarefas papel e lápis (*Task Generator*) e uma simulação virtual de diversas AVD's (*Reh@City*).

MÉTODO

Com base na taxinomia de Bloom (1956) foram selecionadas 11 tarefas papel e lápis comummente utilizadas na prática clínica: sopa de letras, resolução de problemas, sequências numéricas, sequências de ação, associação, cancelamento, categorização, interpretação de contextos, pares de imagens, labirintos e memória de histórias. Estas tarefas foram operacionalizadas com diferentes configurações (tamanho, tipo de estímulos, cor, etc.), dando origem a um total de 56 tarefas ordenadas de forma aleatória. Através do design participativo (Freitas & Jarvis, 2006), 20 profissionais de reabilitação, classificaram cada uma das 56 tarefas papel e lápis de acordo com as suas exigências cognitivas (atenção, memória, linguagem e funções executivas) e dificuldade geral, utilizando uma escala de Likert. As classificações destes profissionais de saúde foram analisadas através de análises multinível, no programa estatístico R (Bliese, 2013), de modo a obter modelos computacionais para identificar e quantificar o impacto das variáveis relevantes de cada uma das 11 tarefas.

RESULTADOS

A identificação das variáveis significativas de cada uma das tarefas e a quantificação do seu impacto em cada domínio cognitivo, permitiu obter diretrizes para a concepção e parametrização de duas ferramentas para a reabilitação cognitiva do AVC:

O Task Generator (TG)

Para além de atender aos diversos domínios cognitivos, de forma sistemática a quantitativa, o TG pode, facilmente, fornecer um treino elevadamente adaptado aos défices de cada paciente. Para aceder a este software, basta entrar em http://neurorehabilitation.m-iti.org/TaskGenerator/ e escolher o idioma pretendido. É possível gerar cada uma das 11 tarefas individualmente, especificando os valores dos parâmetros diretamente (ver Figura 1).

No caso de um paciente já ter sido avaliado e o perfil geral, assim como os défices específicos, serem conhecidos, é possível gerar um PDF com as 11 tarefas. Para tal, basta definir os parâmetros para a memória, atenção, funções executivas, linguagem e dificuldade geral, através de uma relação com os resultados de uma avaliação cognitiva de triagem.

O TG foi testado num estudo piloto com 10 AVC's que, depois de avaliados com Addenbrooke Cognitive Examination – Revised (ACE-R; Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; versão portuguesa de Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, &

Martins, 2008), realizaram um treino cognitivo personalizado. O desempenho nas tarefas geradas esteve fortemente correlacionado (r_s=0,83) com a pontuação no ACE-R, revelando que a personalização estava adaptada aos défices dos pacientes (Faria & Bermúdez i Badia, 2015).

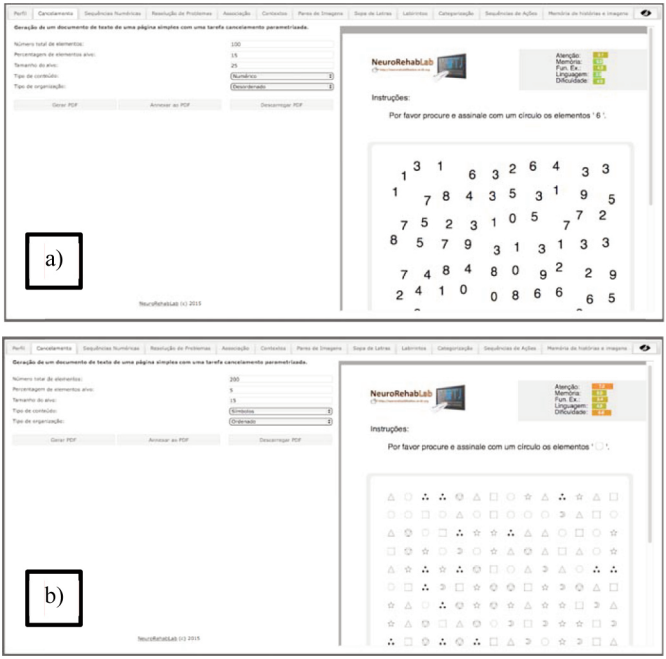


Figura 1. (a) Cancelamento com 100 números desordenados em que 15% são números-alvo; (b) Cancelamento com 200 símbolos ordenados em que 5% são símbolos-alvo

A Reh@City

A Reh@City (neurorehabilitation.m-iti.org/tools/node/11) consiste na simulação virtual de uma cidade para execução de AVD's (ver Figura 2), desenvolvidas com base nos modelos computacionais das tarefas papel e lápis.

A Reh@City foi testada com 10 AVC's (Vourvopoulos, Faria, Ponnam, & Bermúdez i Badia, 2014) e apresentou uma forte correlação (r_s=0,81) com o Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; normas portuguesas de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009).

Figura 2. Exemplos de cenários Reh@City. (a) A tarefa de navegação na cidade assemelha-se à resolução de labirintos; (b) Na cozinha temos a sequenciação de ações para realização de cozinhados

Futuramente, será realizado um estudo longitudinal randomizado e controlado com 60 AVC's. A intervenção vai compreender 12 sessões de treino, em que: o grupo experimental 1 utilizará a Reh@City, uma ferramenta de treino personalizado em RV; o grupo experimental 2 utilizará o TG, uma ferramenta de treino personalizado em papel e lápis; e o grupo de controlo fará o treino convencional oferecido pelo Serviço Regional de Saúde.

DISCUSSÃO

As novas tecnologias, tais como a RV, têm permitido o desenvolvimento de ferramentas promissoras para a reabilitação cognitiva. No entanto, não existem princípios orientadores para o desenvolvimento e parametrização de tarefas cognitivas, quer em papel e lápis, quer em RV. O principal objetivo deste trabalho foi propor uma nova abordagem para o desenvolvimento objectivo de ferramentas de reabilitação cognitiva. Através da identificação de um conjunto de tarefas papel e lápis e quantificação do seu impacto cognitivo, com base num design participativo com 20 profissionais de reabilitação, foram obtidos modelos computacionais para o desenvolvimento de duas ferramentas de reabilitação cognitiva personalizada, o TG e a Reh@City, ambas testadas clinicamente com resultados promissores.

REFERÊNCIAS

Bliese, P. (2013). *Multilevel functions (Version 2.5)*. Retrieved from http://cran.r-project.org/web/packages/multilevel/index.html

Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives* (Vol. 1). David McKay New York.

Bowen, A., & Patchick, E. (2014). Cognitive rehabilitation and recovery after stroke. In T. A. Schweizer & R. L. Macdonald (Eds.), *The behavioral consequences of stroke* (pp. 315-339). Springer New York.

Cameirão, M. S., Badia, S. B. i, Duarte, E., Frisoli, A., & Verschure, P. F. M. J. (2012). The combined impact of virtual reality neurorehabilitation and its interfaces on upper extremity functional recovery in patients with chronic. *Stroke*, *43*(10), 2720-2728.

Connor, B. B., & Shaw, C. (2014, 2-4 September). *Case study series using brain-training games to treat attention and memory following brain injury*. In 10th ICDVRAT, Sweden.

Cumming, T. B., Marshall, R. S., & Lazar, R. M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: Still an incomplete picture. *International Journal of Stroke*, *8*(1), 38-45.

Díaz-Orueta, U., Garcia-López, C., Crespo-Eguílaz, N., Sánchez-Carpintero, R., Climent, G., & Narbona, J. (2014). AULA virtual reality test as an attention measure: Convergent validity with Conners' continuous performance test. *Child Neuropsychology*, *20*(3), 328-342.

Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., . . . Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care. A clinical practice guideline. *Stroke*, *36*(9), e100-e143.

Faria, A. L., & Bermúdez i Badia, S. (2015). *Development and evaluation of a web-based cognitive task generator for personalized cognitive training: a proof of concept study with stroke patients*. In REHAB 2015. ACM.

Faria, A. L., Vourvopoulos, A., Cameirão, M. S., Fernandes, J. C., & Bermúdez i Badia, S. (2014, 2-4 September). *An integrative virtual reality cognitive-motor intervention approach in stroke rehabilitation: a pilot study*. In 10th ICDVRAT, Gothenburg, Sweden.

Firmino, H., Simões, M., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Avaliação cognitiva de Addenbrooke – Versão revista.* Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra.

Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*, 189-198. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Freitas, S., & Jarvis, S. (2006). *A framework for developing serious games to meet learner needs.* In The Interservice/Industry Training, Simulation & Education Conference (I/ITSEC) (Vol. 2006). NTSA.

Gamito, P., & Oliveira, J. (2013). SLB: Systemic Lisbon Battery. *Methods of Information in Medicine*, *54*(2), 122-126.

Gracey, F., & Wilson, B. A. (2013). Theoretical approaches to cognitive rehabilitation. In L. H. Goldstein & J. E. McNeil (Eds.), *Clinical neuropsychology: A practical guide to assessment and management for clinicians* (pp. 463-466). John Wiley & Sons, Ltd.

Henry, M., Joyal, C. C., & Nolin, P. (2012). Development and initial assessment of a new paradigm for assessing cognitive and motor inhibition: The bimodal virtual-reality Stroop. *Journal of Neuroscience Methods*, *210*(2), 125-131.

Jansari, A. S., Devlin, A., Agnew, R., Akesson, K., Murphy, L., & Leadbetter, T. (2014). Ecological assessment of executive functions: A new virtual reality paradigm. *Brain Impairment*, *15*(02), 71-87.

Josman, N., Kizony, R., Hof, E., Goldenberg, K., Weiss, P. L., & Klinger, E. (2014). Using the virtual action planning-supermarket for evaluating executive functions in people with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *23*(5), 879-887.

Kim, Y. M., Chun, M. H., Yun, G. J., Song, Y. J., & Young, H. E. (2011). The effect of virtual reality training on unilateral spatial neglect in stroke patients. *Annals of Rehabilitation Medicine*, *35*(3), 309.

Klinger, E., Kadri, A., Sorita, E., Le Guiet, J.-L., Coignard, P., Fuchs, P., . . . Joseph, P.-A. (2013). AGATHE: A tool for personalized rehabilitation of cognitive functions based on simulated activities of daily living. *IRBM*, *34*(2), 113-118.

Larson, E. B., Feigon, M., Gagliardo, P., & Dvorkin, A. Y. (2014). Virtual reality and cognitive rehabilitation: A review of current outcome research. *NeuroRehabilitation*, *34*(4), 759-772.

Laver, K. E., George, S., Thomas, S., Deutsch, J. E., & Crotty, M. (2015). *Virtual reality for stroke rehabilitation.* In Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd.

McKevitt, C., Fudge, N., Redfern, J., Sheldenkar, A., Crichton, S., & Wolfe, C. (2010). *UK stroke survivor needs survey.* London: The Stroke Association.

Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(11), 1078-1085.

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, *2*(9), 10-16.

Navarro, M. D., Lloréns, R., Noé, E., Ferri, J., & Alcañiz, M. (2013). Validation of a low-cost virtual reality system for training street-crossing. A comparative study in healthy,

neglected and non-neglected stroke individuals. *Neuropsychological Rehabilitation*, *23*(4), 597-618.

Parsons, T. D. (2015). Ecological validity in virtual reality-based neuropsychological assessment. In *Encyclopedia of Information Science and Technology* (pp. 1006-1015). Hershey, PA: Information Science Reference.

Pollock, A., St George, B., Fenton, M., & Firkins, L. (2014). Top 10 research priorities relating to life after stroke – Consensus from stroke survivors, caregivers, and health professionals. *International Journal of Stroke*, *9*(3), 313-320.

Serino, S., Pedroli, E., Cipresso, P., Pallavicini, F., Albani, G., Mauro, A., & Riva, G. (2014). The role of virtual reality in neuropsychology: The virtual multiple errands test for the assessment of executive functions in Parkinson's disease. In M. Ma, L. C. Jain, & P. Anderson (Eds.), *Virtual, augmented reality and serious games for healthcare* (vol. 1, pp. 257-274). Springer Berlin Heidelberg.

Sugarman, H., Weisel-Eichler, A., Burstin, A., & Brown, R. (2011). Use of novel virtual reality system for the assessment and treatment of unilateral spatial neglect: A feasibility study. In *International Conference on Virtual Rehabilitation* (pp. 1-2). Zurich, Switzerland: IEEE.

Vourvopoulos, A., Faria, A. L., Ponnam, K., & Bermúdez i Badia, S. (2014). *RehabCity: Design and Validation of a Cognitive Assessment and Rehabilitation Tool through Gamified Simulations of Activities of Daily Living.* In 11th International Conference on Advances in Computer Entertainment Technology. Funchal, Portugal.

WHO | The top 10 causes of death. (2014). Retrieved January 4, 2016, from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/

Wilson, B. A. (2002). Towards a comprehensive model of cognitive rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, *12*(2), 97-110.

Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde
Organizado por Isabel Leal, Cristina Godinho, Sibila Marques, Paulo Vitória e José Luís Pais Ribeiro
2016, Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde

Avaliação da qualidade de vida numa amostra de doentes mentais crónicos institucionalizados

CATARINA MARQUES RIBEIRO (*)
PAULA SARAIVA CARVALHO (**)

Estudos epidemiológicos recentes vieram comprovar que as perturbações psiquiátricas e os problemas de Saúde Mental são, presentemente, a principal causa de incapacidade e de morbilidade nas sociedades atuais. Das 10 principais causas de incapacidade 5 delas são psiquiátricas (Caldas de Almeida & Xavier, 2013; Ministério da Saúde & Alto Comissariado da Saúde, 2008). Em Portugal estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população seja cerca de 30%, sendo que 12% são perturbações graves como a Esquizofrenia e a Perturbação Bipolar (Ministério da Saúde, 2004). Ambas são doenças que provocam uma grande severidade a nível sintomático, gerando perdas funcionais em diversas áreas da vida do sujeito e causando inúmeros prejuízos psicossociais e na Qualidade de Vida (QV) (Figueiredo, Souza, Dell'Ágilo, & Argimon, 2009).

Na intervenção com doenças crónicas, a avaliação da QV ganha maior relevo, uma vez que o tratamento é apenas profilático, sendo de extrema importância promover o bem-estar destes doentes. Além disso assistimos hoje a um aumento de políticas de Saúde Mental que tendem a privilegiar as práticas de desinstitucionalização dos doentes mentais crónicos, sendo por isso de extrema importância recorrer à avaliação da QV como medida de eficácia dos programas de reabilitação psicossocial.

A QV é mencionada em inúmeros estudos e definida por muitos autores como sendo a perceção do sujeito acerca do seu bem-estar, da sua posição na vida e nível de satisfação com as áreas importantes da mesma (Fleck, 2008, cit. in Santana, Chianca & Cardoso, 2009). As pesquisas em Saúde Mental têm vindo cada vez mais a dirigir o seu foco para a avaliação da QV dos serviços comunitários, cujos objetivos principais consistem em estimular a reinserção e em melhorar a QV, reduzindo o impacto da doença mental (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2007; Souza & Coutinho, 2006). A QV torna-se assim um precioso meio de avaliação do impacto das doenças na vida do doente mental crónico, pois insere um componente subjetivo que abrange as perceções do indivíduo sobre si próprio e sobre os prejuízos que a doença lhe provoca.

(*) Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
(**) Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Em doentes institucionalizados, a literatura continua a indicar que a QV é, geralmente, mais baixa quando comparados com doentes residentes na comunidade. Apesar das políticas de Saúde Mental privilegiarem as práticas que incentivem a desinstitucionalização, a avaliação da QV em doentes mentais crónicos institucionalizados continua a ser importante, pois permite averiguar o que se pode melhorar/alterar nas instituições, de forma a contribuir para o aumento da sua QV e para o desenvolvimento de planos de reabilitação e estratégias de intervenção que vão ao encontro das suas preferências, necessidades e expectativas.

MÉTODO

Este estudo é do tipo empírico não experimental, descritivo e correlacional. Quanto ao *design* do estudo é do tipo transversal e a recolha foi direta, com recurso a um questionário sociodemográfico e ao questionário WHOQOL-BREF, da Organização Mundial de Saúde, 2007, que nesta amostra apresentou um valor de alfa de 0,88 o que é considerado muito bom e atesta a fiabilidade dos dados recolhidos (Pallant, 2005).

A recolha decorreu entre janeiro e maio de 2015. A amostra é não probabilística e foram cumpridos os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos[1]. A amostra final é constituída por 60 doentes institucionalizadas nos estabelecimentos de Saúde pertencentes ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, mais especificamente a Casa de Saúde Bento Menni, na Guarda, a Casa de Saúde do Bom Jesus, em Braga e a Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, em Condeixa-a-Nova.

O estudo obedeceu a todos os procedimentos éticos e deontológicos fundamentais para a realização de qualquer investigação científica e foram respeitados todos os princípios presentes no Código Deontológico dos Psicólogos Portugueses. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética de cada uma das 3 instituições hospitalares onde foi realizada a recolha. Antes da aplicação de cada protocolo eram explicados quais os objetivos do estudo e era assinado por cada uma das participantes um Consentimento Informado, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade.

Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra é constituída por 60 participantes do sexo feminino. A idade varia entre os 31 anos e os 65 anos, sendo que a média se situa nos 50 anos. No estado civil, a maioria da amostra (65%) é solteira e 21,7% são divorciadas. No estatuto socioeconómico verifica-se que 40% das mulheres o consideram baixo (f_i=24). No que concerne ao nível de escolaridade, verifica-se uma grande heterogeneidade onde 23,3% refere ter o 1º ciclo, 21,7% o 3º ciclo e 20% o ensino

[1] Como Critérios de Inclusão foi definido: (A) os pacientes teriam de estar internados nos estabelecimentos de Saúde do Instituto das Irmãs hospitaleira do Sagrado Coração de Jesus; (B) teriam de estar diagnosticados com Esquizofrenia ou com Perturbação Bipolar; (C) saber ler e escrever; (D) ter idade superior a 18 anos e igual ou inferior a 65 anos; (E) estar internado por um período igual ou superior a 3 meses. E como critério de Exclusão deliberou-se a não presença de comorbilidades no seu diagnóstico.

institucionalização a média situa-se nos 100,82 meses (cerca de 8 anos e meio), com o mínimo de 4 meses de internamento e no máximo 324 meses (correspondendo a 27 anos).

Quanto às variáveis sociorrelacionais, avaliou-se a frequência de visitas sendo que, 35% da amostra afirma receber visitas mensalmente, 28,3% semanalmente e 23,3% apenas anualmente. Mais de metade das participantes (86,7%) refere que as visitas são de familiares. No que diz respeito à participação em atividades de convívio proporcionadas pela Instituição, 88,3% refere que participa e que está satisfeita com a comunidade onde se insere (88,3%). Relativamente à sua higiene pessoal, 93,3% das mulheres refere ter autonomia para a realizar sozinha. Por fim, considerou-se relevante perceber qual a perceção sobre a sua felicidade e sobre a sua saúde em geral. Em relação à primeira, a amostra esteve quase igualmente distribuída, ou seja, 51,7% das respondentes (f_i=31) afirma não se sentir feliz e 48,3% (f_i=29) diz sentir-se feliz. Sobre a perceção sobre o estado de saúde, a pergunta subdividiu-se por 5 categorias, sendo que a maioria (51,7%) considera ter uma saúde razoável, 20% afirma ser má e 15% diz ter uma boa saúde. Para a análise de dados utilizou-se *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0 e verificou-se que a amostra não segue uma distribuição normal.

RESULTADOS

O objetivo geral deste estudo é o de avaliar o nível de QV das doentes que constituem esta amostra, pelo que se utilizou a média de cada um dos domínios para posteriormente os poder comparar com os dados oficiais para amostras clínicas. De acordo com os dados oficiais obtidos no estudo de Validação Portuguesa da escala WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007), que comparou dois grupos, um com uma amostra de população normativa e outro com uma de população clínica, verificamos que, em relação ao domínio Físico, a amostra deste estudo apresenta valores mais elevados, uma média de $\overline{x}$=59,94, sendo que no estudo original se obteve um valor médio de $\overline{x}$=54,99. Em relação aos restantes 3 domínios, apenas no domínio Psicológico e no das Relações Sociais a nossa amostra alcançou valores mais baixos. No domínio Ambiente a nossa amostra obteve uma média de $\overline{x}$=66,66, sendo por isso superior à do estudo de validação ($\overline{x}$=58,79). Por fim, em relação à QV Faceta Geral a nossa amostra também alcançou valores superiores, sendo que a média é de $\overline{x}$=55,20, enquanto a do estudo original ficou nos $\overline{x}$=49,09. Assim sendo, considera-se que nesta amostra a perceção da QV se situa acima da média obtida no estudo oficial de validação.

Em relação aos objetivos específicos, e em particular à identificação da influência de variáveis que contribuem para explicar a QV, não se identificou nenhuma correlação estatisticamente significativa com nenhuma das variáveis sociodemográficas.

Quadro 1

Correlação entre Variáveis Sociodemográficas e a QV (faceta geral)

	Idade		Estado Civil		Estatuto Socioeconómico		Escolaridade	
	r	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*
QV (Faceta Geral)	0,171	0,192	0,242	0,062	0,178	0,173	-0,055	0,676

Em relação às variáveis clínicas verifica-se que a QV (faceta geral) se correlaciona positivamente, de forma moderada e com significância estatística com as variáveis Tempo de Institucionalização (r=0,279, p<0,05), com a Perceção de Felicidade (r=0,471, p<0,01) e também com a Perceção do Estado de Saúde Geral (r=0,412, p<0,01). Isto significa que à medida que aumenta o Tempo de Institucionalização aumenta a QV e que à medida que a Perceção de Felicidade e do Estado de Saúde Geral é mais elevada, mais aumenta a QV. Em relação às restantes variáveis, não se encontraram relações significativas entre nenhuma.

Quadro 2

Correlação entre Variáveis Clínicas e a QV (faceta geral)

	Tempo de Diagnóstico		Tempo de Institucionalização		Higiene Pessoal Sozinha		Perceção de Felicidade		Perceção do Estado de Saúde Geral	
	r	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*
QV (Faceta Geral)	-0,128	0,330	0,279*	0,031	0,008	0,952	0,471**	0,000	0,412**	0,001

Nota. *Correlação Significativa com p<0,05 (2-estremidades); **Correlação Significativa com p<0,01 (2-extremidades).

Por fim, e em relação às variáveis sociorrelacionais, não se encontrou nenhuma correlação estatisticamente significativa com a QV (faceta geral).

Quadro 3

Correlação entre Variáveis Sociorrelacionais e a QV (faceta geral)

	Frequência de Visitas		Participação em Atividades de Convívio		Tempo que passa Sozinha		Satisfação com a Comunidade		Dificuldade de Controlo de Impulsos	
	r	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*	*r*	*p*
QV (Faceta Geral)	0,069	0,600	0,182	0,164	-0,190	0,146	0,241	0,064	-0,008	0,952

Para a identificação dos Preditores da QV neste estudo e de quais os domínios que mais influem na mesma, realizou-se uma Análise de Regressão Linear Múltipla, sendo que antes

de se iniciar qualquer uma destas duas análises se verificou o conjunto de pressupostos obrigatórios à sua utilização.

Os resultados demonstraram que a Perceção de Felicidade (β=0,380) com um *p-value* correspondente de 0,02 e, por conseguinte, inferior ao nível de significância de 0,05, e a Perceção do Estado de Saúde Geral (β=0,271), com um *p-value* de 0,028, também inferior ao nível de significância de 0,05, são os dois preditores da QV neste estudo. Todas as outras variáveis inseridas neste modelo não contribuem de forma significativa para o modelo. Estas duas variáveis explicam, em conjunto, 29,4% da variabilidade da QV. Além disto podemos ainda concluir que a Perceção da Felicidade exerce uma influência maior que a variável Perceção do Estado de Saúde Geral. Contudo ambas exercem uma influência significativa.

Quadro 4

Modelo de Regressão Linear Múltipla com as variáveis independentes que mais influem a QV (Faceta Geral)

	β	*Erro Padrão*	*t*	*p*	R^2	*F(gl); p-valor*
(Constante)	37,537	4,894	7,670	0,000		
Perceção de Felicidade	0,380	4,555	3,175	0,002	0,294	11,894(2); *p*=0,000
Perceção do Estado de Saúde Geral	0,271	2,425	2,258	0,028		11,894(57); *p*=0,000

Seguidamente analisou-se então o segundo Modelo de Regressão Linear Múltipla para averiguar quais dos 4 domínios influem mais fortemente na variável dependente QV (faceta geral). Mediante a análise dos resultados obtidos, verifica-se que o domínio do Ambiente (β=0,449, p<0,000) e o domínio Psicológico (β=0,317, p<0,006), ambos com níveis de *p-value* menores que 0,05, são os dois domínios que exercem maior influência na QV (faceta geral). O domínio do Ambiente (β=0,449) exerce uma influência maior que o domínio Psicológico (β=0,317). Estes dois domínios explicam, em conjunto, 42,8% da variabilidade da QV (faceta geral). Os restantes dois domínios não são significativos para o modelo.

Quadro 5

Modelo de Regressão Linear Múltipla com os domínios que mais influem a QV (Faceta Geral)

	β	*Erro Padrão*	*t*	*p*	R^2	*F(gl); p-valor*
(Constante)	-16,011	11,081	-1,445	0,154		
Domínio Ambiente	0,449	0,164	4,016	0,000	0,428	21,284(2); *p*=0,000
Domínio Psicológico	0,317	0,154	2,833	0,006		21,284(57); *p*=0,000

DISCUSSÃO

Muitos dos resultados que passamos a apresentar devem ser lidos no âmbito do enquadramento institucional do local onde a amostra foi obtida. O Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus é uma Instituição privada sem fins lucrativos onde se destaca uma cultura institucional assente nos valores hospitaleiros. Esta instituição baseia a sua prática assistencial em determinados princípios e valores, bem como na utilização de estratégias de reabilitação que, de certa forma, podem ter influenciado os resultados obtidos.

Em relação às variáveis clínicas identificaram-se 3 correlações positivas e estatisticamente significativas. Acerca do Tempo de Institucionalização, é importante referir que as participantes desta investigação se encontram institucionalizadas num regime de médio e longo internamento, onde a média se situa nos 8 anos e meio, pelo que há doentes que estão na instituição por elevados períodos de tempo. Apesar disso, e contrariamente ao que nos é dito pela literatura, que refere que a QV em doentes mentais crónicos é mais elevada em sujeitos desinstitucionalizados do que em institucionalizados (e.g., Kasckowa et al., 2001; Wiersma & Busschbach, 2001), no nosso estudo a QV apresentou-se superior à da média obtida no WHOQOL-BREF, no seu estudo de validação oficial. Os nossos resultados indicam que a QV tende a aumentar com o aumento do Tempo de Institucionalização, o que pode estar associado com as condições oferecidas pela instituição, ao nível das práticas assistenciais, do suporte social, do acompanhamento médico frequente, do sentimento de integração na comunidade e dos vários projetos de reabilitação psicossocial que oferecem. Estas condições contrastam na maioria das vezes com os baixos recursos económicos e afetivos que estas doentes têm disponíveis no seu ambiente familiar.

Relativamente à Perceção da Felicidade, que foi identificado como variável preditora neste estudo, podemos inferir que nesta amostra as participantes ficaram quase que equitativamente distribuídas entre o sentirem-se felizes (48,3%) ou infelizes (51,7%). Entre os principais motivos referidos para esta infelicidade surgiu a consciência da gravidade da sua doença e do motivo do seu internamento, o sentirem-se sozinhas ou isoladas ou as que referem ter perdido contacto com familiares, amigos, ou por não terem possibilidade de manter um relacionamento amoroso, situação que algumas atribuem ao facto de estarem internadas. A maioria dos motivos apresentados pelas doentes que aceitaram responder à questão *"Porque se sente infeliz*?" são motivos de cariz pessoal e relacional, relacionados com a doença e com o facto de esta as ter privado de viverem nas suas casas, junto dos seus familiares e amigos. Por outro lado as doentes que referiram que se sentiam felizes, atribuíam este sentimento às condições do local onde estão institucionalizadas, nomeadamente o sentimento de segurança proporcionado, o sentimento de utilidade e de competência que lhes é conferido nas tarefas que executam nas instituições, mas também ao sentimento de acolhimento e de pertença à comunidade. Um outro preditor de QV também encontrado neste estudo foi a Perceção do Estado de Saúde Geral. Isto pode estar relacionado com a importância que a saúde tem para a perceção de uma boa QV, sendo que durante muitos anos QV e Saúde foram tidas como sinónimos. Neste estudo o domínio do

Ambiente e o domínio Psicológico foram encontrados como sendo preditores de QV. Em relação ao domínio do Ambiente, este resultado vem ao encontro do que era esperado, uma vez que, como já fomos mencionando, o ambiente nestas instituições é considerado pelas participantes como seguro, propiciador de cuidados assistenciais e de reabilitação de elevada qualidade, com os quais as doentes se mostram satisfeitas. Isto influencia igualmente o domínio Psicológico. Além disso, devido à escassez de recursos económicos que carateriza a maioria destas doentes e o facto de poderem nestas instituições usufruir de acesso a cuidados de saúde, manter contactos sociais, adquirir competências e participar em atividades de lazer, parece contribuir para a sua Perceção do Estado de Saúde e de Felicidade e, como consequência, para a perceção de uma boa QV.

Fica evidente neste estudo a necessidade de se investigar e investir na área da reabilitação psicossocial, mas também a necessidade de avaliar a QV em doentes mentais crónicos institucionalizados. Os resultados deste estudo vêm contrapor a maioria dos dados obtidos em outras investigações que referem que, apesar de estes doentes terem tudo o que seria esperado para atingirem uma boa QV (e.g., alojamento, medicação, acompanhamento especializado), continuam a apresentar pior QV quando comparados com doentes inseridos na comunidade. Isto vem assim contribuir para reforçar as boas práticas assistenciais e de reabilitação que são praticadas nestas instituições de saúde. As estratégias de reabilitação psicossocial e de intervenção terapêutica que aqui são aplicadas parecem estar a funcionar como um estímulo positivo para o bem-estar desta população, nomeadamente, para a Perceção do seu Estado de Saúde Geral e para a sua Perceção de Felicidade. A existência de diversos programas de reabilitação psicossocial vem reforçar a importância da construção e aplicação de programas de reabilitação que englobem a perspetiva dos doentes institucionalizados, reforçando novamente a importância de identificar fatores preditores para ajudar a determinar a eficácia comparativa de diferentes tratamentos e estratégias de reabilitação, avaliando o impacto dos mesmos na QV dos sujeitos.

Apesar dos contributos inerentes a este estudo, tanto para a Investigação como para a Prática Assistencial, este apresenta também algumas limitações, nomeadamente o facto de ser um estudo transversal; o de não terem sido controladas algumas variáveis que podem também influenciar a perceção da QV e ainda a utilização de apenas um instrumento para a avaliação. A nível das implicações futuras salientamos a necessidade de utilização de um maior número de instrumentos de avaliação, a necessidade de desenvolver instrumentos específicos para este tipo de população e a realização de mais estudos em Portugal com doentes mentais crónicos.

REFERÊNCIAS

Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista Psiquiatria Clínica, 34*(6), 270-277.

Caldas de Almeida, J. M., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – Iº Relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.

Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.

Figueiredo, A., L., Souza, L., Dell'Ágilo, J. C., & Argimon, I. I. L. (2009). O uso de psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(1), 15-24.

Kasckow, J. W., Twamley, E., Mulchahey, J. J., Carrol, B., Sabai, M., Strakowski, S. M., Patterson, T., & Jeste, D. V. (2001). Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: Comparison with matched outpatients. *Psychiatry Research, 103*(1), 69-78.

Ministério da Saúde. (2004). Volume II – Orientações Estratégicas. In Ministério da Saúde (Ed.), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (pp. 83-179). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde, & Alto Comissariado da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo.* Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

Pallant, J. (2005). *SPSS Survival Manual*. Australia: Allen & Unwin.

Santana, A. F. F. A., Chianca, T., C., M., & Cardoso, C. S. (2009). Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58*(3), 187-194.

Souza, L. A., & Coutinho, E. S. F. (2006). Factores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(1), 50-58.

Wiersma, D., & Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251*(5), 239-246.