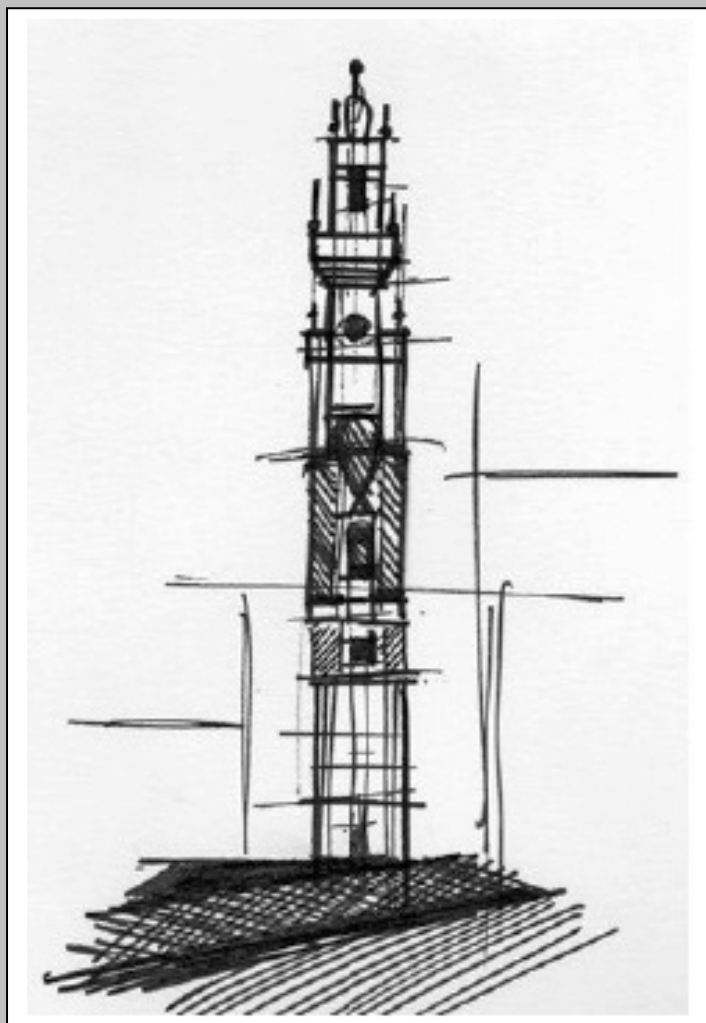


ATAS DO 10º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

**Editores
J. Pais Ribeiro
Isabel Silva
Rute Meneses
Isabel Leal**



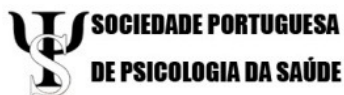
**Porto, 6 a 8 de Fevereiro de 2014
Universidade Fernando Pessoa, Porto**

ATAS DO 10º CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

Editores

J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses, Isabel Leal

Apoios Institucionais



Ficha Técnica

Título - Atas do 10 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Editores: José Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses, Isabel Leal

1ª Edição, Fevereiro 2014

ISBN-978-989-98855-0-9

Capa e grafismo: J.Ribeiro

Composição: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde:
Lisboa

ÍNDICE

PREÂMBULO	
<i>J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses e Isabel Leal</i>	1
PERSPECTIVAS DO CUIDAR DA SAÚDE PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS MANAUS	
<i>Denise Machado Duran Gutierrez, Elenara Dias Perin, Ewerton Helder Bentes de Castro, Selma de Jesus Cobra, Fabiana Fernandes e Suely Aparecida do Nascimento Mascarenha</i>	2
COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS AO TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR: IMPLICAÇÕES NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DOS SUJEITOS LESIONADOS	
<i>Ana Ribas Teixeira, José Bruno Alves, António Santos e Juan Gestal-Otero</i>	12
O BEM-ESTAR DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>José Luís Pais-Ribeiro e Ana Carolina Silva L. C. Ponte</i>	18
SEPARAÇÃO CONJUGAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS	
<i>Joaquim Hudson Ribeiro, Selma Perdomo, Fernanda Farias de Castro, Maria de Nazaré Ribeiro, Elen Fatima Souza, Edvania Oliveira, Cleisiane Diniz e Orlando Barbosa</i>	33
PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE E OS CINCO FATORES DA PERSONALIDADE EM MULHERES ADULTAS	
<i>Joana Henriques-Calado, Maria Eugénia Duarte-Silva, Carlota Sacoto, Diana Junqueira, Ana Marta Keong</i>	42
O AJUSTAMENTO AO ENVELHECIMENTO E A IDADE SUBJECTIVA NA IDADE AVANÇADA	
<i>Sofia von Humboldt e Isabel Leal</i>	50
QUALIDADE DE VIDA, STRESSE, <i>COPING</i> EM DOENTES COM CANCRO DA CAVIDADE ORAL	
<i>Maria Cunha e Sara Duarte</i>	60
COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL, GESTÃO DE CONFLITOS E LIDERANÇA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	
<i>Camila Silloto e Graça Andrade</i>	77
PERCEÇÃO DE FALHAS DE MEMÓRIA E IDADE: O PAPEL DA DOR CRÓNICA	
<i>Filipa Lobato, Rute F. Meneses e Antoni Castel</i>	88
APOIO FAMILIAR: - CONTO, OU NÃO, QUE TENHO HIV/AIDS?	
<i>Maria Irene Ferreira Lima Neta e Edna Maria Peters Kahhale</i>	95
RELAÇÃO ENTRE ORIENTAÇÃO RELIGIOSA, DEPRESSÃO E PERSONALIDADE AVALIADA PELO TESTE DE SZONDI	
<i>Sílvia Fernandes Pires</i>	100
GÊNERO E EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES DE PESSOAS IDOSAS	
<i>Rafael P. Nunes, Rômulo L. Melo, Maria C. Eulálio e Kalina L. Santos</i>	115
O VIH/SIDA E AS VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA PESSOA INFETADA	
<i>Rita Costa e Ana Rosa Tapadinhas</i>	121

A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DO GÊNERO <i>M. Celeste B. Almeida e José Luís Pais Ribeiro</i>	133
INDICADORES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM HABITANTES DO AMAZONAS <i>Fabiana Soares Fernandes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas, José L. Pais Ribeiro, Luís Sérgio Vieira e Antônio Roazzi</i>	140
OBESIDADE: SEMELHANÇAS NO DISCURSO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, NUTRICIONISTAS E ENFERMEIROS <i>F. V. Teixeira, J. L. Pais-Ribeiro e A. Maia</i>	145
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REFLEXÕES SOBRE UM CASO CLÍNICO À LUZ DA PSICANÁLISE <i>Ivonise Fernandes da Motta e Claudio Bastidas</i>	151
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS COM DEMÊNCIA- PROGRAMA DE INTERVENÇÃO <i>Ana Paula Amaral e Diana Evangelista</i>	159
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE <i>Debora Elijah</i>	169
SUICÍDIO ENTRE IDOSOS NO AMAZONAS: A ANTECIPAÇÃO DO FIM EM QUESTÃO <i>Denise Machado Duran Gutierrez, John Elton Costa dos Santos e Fabiana Fernandes</i>	182
IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA AUTO-EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM DIABÉTICOS <i>Renato Andrade, Maria Gomes e Rui Viana</i>	197
INDICADORES DE COMPORTAMENTO RESILIENTE DE HABITANTES DO AMAZONAS <i>Mayla Luzia Algayer Peluso, Fabiana Soares Fernandes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas e Juliana da Silva</i>	210
INDICADORES DE AFETIVIDADE POSITIVA E NEGATIVA DE HOMENS E MULHERES DO AMAZONAS/BRASIL <i>Mayla Luzia Algayer Peluso, Lerkiane de Moraes, Fabiana Soares Fernandes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas e José Luís Pais Ribeiro</i>	215
EVENTOS DE PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA: NECESSIDADE OU REDUNDÂNCIA? <i>Cláudia Carvalho e Diana Barja</i>	220
OBSERVATÓRIO DAS DINÂMICAS DO ENVELHECIMENTO NO ALENTEJO <i>Maria Cristina Faria</i>	229
PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA (PBO) EM MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ANÁLISE DE CASO <i>Hi Ryung Kim, Kayoko Yamamoto e Ryad Simon</i>	237
BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA NA AMAZÔNIA- DESAFIOS PARA A CIDADANIA <i>Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas, José Luís Pais Ribeiro, Valéria Oliveira e Rosângela Dutra Moraes</i>	249

PSICOLOGIA AMBIENTAL, ESTILO DE VIDA E SUSTENTABILIDADE: POSSIBILIDADES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE	
<i>Carine Mendonça de Farias, Fabiana Coelho Fernandes e Marlise Aparecida Bassani</i>	257
ENCONTRO COM O SUJEITO: O ATO ANALÍTICO NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL	
<i>Fátima Dysman, Amanda Cafezeiro, Flavia Lopes, Letícia Figueirinha e Tatyana Reis</i>	263
ADESÃO À MEDICAÇÃO NO VIH/SIDA: APRESENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	
<i>Ana Luísa Rosa, Marta Marques e Isabel Leal</i>	271
PSICOLOGIA CLÍNICA PREVENTIVA: OS DESAFIOS DA PESQUISA	
<i>Nirã dos Santos Valentim, Hi Ryung Kim, Manuela Vilanova Barbosa Alves, Liliana Cremaschi Leonardi, Kayoko Yamamoto, Ivonise Fernandes da Motta e Ryad Simon</i>	281
O PENSAMENTO DE FRANCO BASAGLIA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
<i>Maria Luisa Sandoval Schmidt</i>	287
REPRESENTAÇÕES DE IDOSOS SOBRE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	
<i>Kalina Santos, Daniella Pinheiro, Maria do Carmo Eulálio e Railda Alves</i>	293
ADOÇÃO: UM ENCONTRO DE SIGNIFICADOS	
<i>Hívina Dias Luz, Daniele Plumeri Santin, Ricardo Rentes e Danuta Medeiros</i>	302
BAIRRO 25 DE ABRIL DA MEIA-PRAIA: REPRESENTAÇÕES PSICOSSOCIAIS DAS VIVÊNCIAS EM COMUNIDADE	
<i>Daniela Filipa Martins Inês e Sandra Isabel Gonçalves da Saúde</i>	316
A IMPORTÂNCIA DA VISITA DA CRIANÇA A FAMILIARES INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA	
<i>Sheila Taba e Edna Maria Severino Peters Kahhale</i>	328
A PARENTIFICAÇÃO EM JOVENS ADULTOS: PERDA, VINCULAÇÃO E GRATIDÃO NA ADULTEZ EMERGENTE	
<i>Sónia Oliveira e Fátima Feliciano</i>	333
IMPLICAÇÕES DAS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	
<i>Matheus Viana Braz e Nelson Silva Filho</i>	347
LITERACIA EM SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS UNIVERSIDADES	
<i>Anabela Pereira, Helder Castanheira, Cristina Santos, Vânia Amaral, Maria João Martins, Paula Vagos, Inês Direito, Sara Monteiro e Ana Torres</i>	358
BEM-ESTAR SUBJETIVO, CANCRO DA MAMA E ADULTÍCIA AVANÇADA	
<i>Francis Carneiro, Sofia Von Humboldt e Isabel Leal</i>	363
O BEM-ESTAR DO DOENTE SEGUIDO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPETIVA DA FAMÍLIA	
<i>José Luís Pais-Ribeiro e Ana Carolina Silva L. C. Ponte</i>	373
INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: CRIATIVIDADE E DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO	
<i>Ivonise Fernandes da Motta</i>	387

A TOMADA DE DECISÃO JUDICIAL NA REGULAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES PARENTAIS: ATORES JUDICIÁRIOS	398
<i>Carina Parente e Celina Manita</i>	
INDICADORES DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE HABITANTES DA AMAZÔNIA-BRASIL	408
<i>Lerkiane Miranda de Moraes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas, Fabiana Soares Fernandes e José L. Pais Ribeiro</i>	
RASTREIO EM SAÚDE MENTAL AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUM CENTRO HOSPITALAR	415
<i>Alexandra Seabra, Carla Neto, Catarina Severiano, Cristina Duarte, Maria Manuel Nunes de Carvalho, Paula Pires e Susana Silva</i>	
ESTUDO FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DA VIOLÊNCIA URBANA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO?	430
<i>Ida Elizabeth Cardinalli e Marlise Aparecida Bassani</i>	
A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA NO OLHAR DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO	439
<i>Luisa de Marillac Soares e Fernanda Tássia Alves</i>	
BEM-ESTAR SUBJETIVO E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS	444
<i>Edivan Silva-Júnior, Rafael Nunes, Kalina Santos e Maria Eulálio</i>	
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEPRESSÃO	454
<i>Ana Paula Amaral e Patrícia Costa</i>	
SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NO SÍNDROME DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL	464
<i>Olga Valentim, Célia Santos, e José Pais Ribeiro</i>	
INDICADORES DE FELICIDADE DE HABITANTES DO ESTADO DO AMAZONAS/BRASIL	478
<i>Suely Mascarenhas, Fabiana Fernandes, Iolete Silva, Denise Gutierrez, Rosenir Lira, Cristian Martins, Lídia Ferraz, Antônio Roazzi, Gilvânia Braule e Lerkiane Moraes</i>	
GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA PAIS/FILHOS ADOTIVOS: AUXÍLIO PARA A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS	482
<i>Denise Sanchez Careta, Ivonise Fernandes da Motta, Robson Thiago Barbosa Nakagawa, Benedita Torres Rodrigues e Pammela M. Mattos</i>	
QUALIDADE DE VIDA E DIFICULDADES DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA MENTAL	491
<i>Helena Figueira da Silva, Maria Cristina Faria e Maria Manuela Pereira</i>	
UM VÍCIO PARA DOIS: A RELAÇÃO FAMÍLIA-DEPENDENTE QUÍMICO	506
<i>Deborah Furquim Coury, Jaceilde Nunes Rocha e Danuta Medeiros</i>	
ADOLESCENTES: ENCONTROS PSICOLÓGICOS COM AS CUIDADORAS	515
<i>Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta</i>	

O <i>HOLDING</i> ATRAVÉS DA SENSORIALIDADE: EXPERIÊNCIAS COM BEBÊS INSTITUCIONALIZADOS	
<i>Benedita Torres Rodrigues, Bruna R. Fransatto, Pammela M. Mattos, Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta</i>	524
QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES ANGOLANAS COM CANCRO DA MAMA	
<i>Ilda Sebastião, Catarina Ramos e Isabel Leal</i>	529
CARTOGRAFIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE: ITINERÁRIO DE HOMENS, MULHERES E APOIO SOCIAL	
<i>Maura Castello Bernauer e Edna Peters Kahhale</i>	539
MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO	
<i>Eloisa Beppu, Angela da Silva, Isabella Vaini e Francis da Silva</i>	551
RELAÇÃO BEM-ESTAR NO TRABALHO E PERCEPÇÃO DE SUPORTE ORGANIZACIONAL EM TRABALHADORES BRASILEIROS	
<i>Francisca Yana Souza, Josiane Cintra, Marcelo Soares Januário, Pedro Alves da Silva Júnior e Mirlene Maria Martins Siqueira</i>	556
TRANSFORMAÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: BRINCAR COMO MEDIADOR NA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM CRIANÇAS	
<i>Jorge Luís Ferreira Abrão</i>	564
ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - DIFERENÇAS DE GÊNERO: RESULTADOS PRELIMINARES	
<i>Luísa Campos, Ana Isabel Duarte, Pedro Dias, Filipa Palha e Elisa Veiga</i>	577
INDICADORES DE OTIMISMO DE HABITANTES DA AMAZÔNIA-BRASIL	
<i>Lerkiane Miranda de Moraes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas, Fabiana Soares Fernandes I, Rosenir Lira, Luís Sergio Vieira e Antônio Roazzi</i>	585
ESQUIZOFRENIA: INTERVENÇÃO FAMILIAR NA REDUÇÃO DA SOBRECARGA E EMOÇÃO EXPRESSA	
<i>Lara Pinho, Anabela Pereira e Maria João Martins</i>	589
O CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO: SUAS DORES	
<i>Creudênia Santos, Maria Eulálio e Priscila Barros</i>	594
CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	
<i>Maria Helena Presado e Natália Ramos</i>	606
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE.	
<i>Andreia Magalhães, Artemisa Rocha Dorez e Helena Martins</i>	614
ENSAIOS CLÍNICOS: HIPNOSE E FIBROMIALGIA	
<i>Bruno Pellicani, Maria Emília Costa e Suely Roizenblatt</i>	620
BULLYING: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DOS PARES NO COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM ADOLESCENTES	
<i>Patrícia Gouveia, Isabel Leal e Cláudia Nunes</i>	629
O PEQUENO PRÍNCIPE: RELATO DE UM CASO CLÍNICO	
<i>Fabiana Matioda de Araujo, Fernanda Almeida Pedroza, e Cloves Amorim</i>	638

A DINÂMICA FAMILIAR NO PROCESSO DE LUTO	
<i>Mayra Delalibera, Joana Presa e António Barbosa</i>	645
CRENÇAS DE SAÚDE E LOCUS DE CONTROLO NO RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL	
<i>Sofia Nunes e Ana Tapadinhas</i>	660
INDICADORES DE ESPERANÇA ASSOCIADOS AO NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO DE HABITANTES DO AMAZONAS-BRASIL	
<i>Fabiana Soares Fernandes, Suely A. do Nascimento Mascarenhas, Lerkiane Miranda de Moraes, Mayla Luzia Algayer Peluso e José L. Pais Ribeiro</i>	672
ESPIRITUALIDADE E MINDFULNESS EM DOENTES PSIQUIÁTRICOS	
<i>Joao Pedro Silva e Anabela Pereira</i>	679
HIPNOSE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	
<i>Susana Bertoquini, Fátima Almeida, Rosa Rodrigues e José Costa</i>	684
ATIVIDADE FÍSICA, DISCRIMINAÇÃO E PREOCUPAÇÃO COM FORMA CORPORAL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA	
<i>Madalena Mascarenhas, António Labissa Palmeira, Liliana Falcato, Marlena Nunes Silva, João Raposo, Jorge Limão e Sandra Martins</i>	691
CONSUMO DE PORNOGRAFIA, FANTASIAS SEXUAIS, ATITUDES SOBRE VIOLÊNCIA E PERSONALIDADE: ESTUDO EXPLORATÓRIO	
<i>Mariana Saramago e Jorge Cardoso</i>	702
HIPNOTERAPIA EM MEDICINA DENTÁRIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E ILUSTRAÇÃO COM CASO DE BRUXISMO	
<i>José Pinheiro Rosa, Renato Moras, Susana Bertoquini e Michael Gow</i>	714
EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES DIANTE DE UM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL NO BRASIL	
<i>Simone da Nóbrega Tomaz Moreira, Melina Séfora Souza Rebouças, Gabriella Lúcio Calazans Duarte, Mônica Cristina Carvalho Lima de Lucena e Reginaldo A. de Oliveira Freitas Júnior</i>	729
A SATISFAÇÃO CONJUGAL DOS CASAIS E A MENOPAUSA	
<i>Maria Helena Presado e Natália Ramos</i>	738
O PAPEL DA PERCEÇÃO DE DOENÇA E DA RESILIÊNCIA NA DOR CRÓNICA	
<i>Filipe Ribeiro e João Pereira</i>	748
A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE PARA IDOSOS QUE VIVEM COM HIV	
<i>Maria Irene Ferreira Lima Neta e Edna Maria Peters Kahhale</i>	755
PERCEÇÕES SOBRE O ABUSO SEXUAL DE MENORES NUMA AMOSTRA NORMATIVA	
<i>Ricardo Ventura Baúto e Jorge Cardoso</i>	764
TRAUMA, DESORGANIZAÇÃO PROGRESSIVA E SOMATIZAÇÃO: ESTUDO DE CASO	
<i>Rodrigo Sanches Peres, Doris Vasconcellos-Bernstein e Manoel Antônio dos Santos</i>	779
A ATENÇÃO BÁSICA VISTA PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	
<i>Pedro Milanesi e Henriette Tognetti Penha Morato</i>	786

A ATITUDE POSITIVA PERANTE A ACTIVIDADE FÍSICA COMO PREDITOR DE COMPORTAMENTO ATIVO	799
<i>Vânia de Loureiro</i>	
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PESSOAS ESTOMIZADAS	807
<i>Ana Lucia Ribeiro de Oliveira</i>	
APLICAÇÕES PRÁTICAS DA HIPNOSE	811
<i>Fátima Almeida, Rosa Rodrigues, José Costa e Susana Bertoquini</i>	
AUTOESTIMA, BEM ESTAR SUBJETIVO E AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS	819
<i>Kalina L. Santos, Maria do Carmo Eulálio, Rômulo L. Melo e Rafael P. Nunes</i>	
TERAPIA COMUNITÁRIA: PROCESSO DE FORTALECIMENTO DA RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA	825
<i>Selma Perdomo, Joaquim Hudson Ribeiro, Maria de Nazaré Ribeiro, Lorena Sério, Edvania Oliveira, Cleisiane Diniz e Orlando Barbosa</i>	
ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E DEMÊNCIA EM PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV: SEMELHANÇAS.	836
<i>João da Costa Chaves Júnior e Nelson Silva Filho</i>	
SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PESSOAS ESTOMIZADAS	842
<i>Ana Lucia Ribeiro de Oliveira</i>	
QUESTIONÁRIO DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO	846
<i>Margarida Paiva Amorim & Isabel Silva</i>	

PREÂMBULO

J.Pais Ribeiro, Isabel Silva, Rute Meneses, Isabel Leal

A Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) realizou de 6 a 8 de Fevereiro de 2014, na Universidade Fernando Pessoa no Porto, o 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. O tema do congresso, tal como foi definido pela comissão organizadora e pela direção da SPPS, é “Tendências em Psicologia da Saúde: Contextos e Interdisciplinaridades”.

O objetivo que tem atravessado todos os congressos da SPPS, e portanto também este, é a apresentação do “estado da arte” da investigação, das práticas e também das perspectivas teóricas referidas à Psicologia da Saúde e às zonas de interfaces da Psicologia com a Saúde e com as Doenças. Neste sentido privilegia-se a apresentação de comunicações e a discussão, o contato, a troca de opiniões e de experiências entre os participantes. Como temos assumido, o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde é um congresso de participantes e não de espetadores.

A realização de um 10º Congresso, numa sequência que se realiza a cada dois anos, significa uma organização sistemática e contínua ao longo dos últimos 20 anos. Pode-se, por isso, dizer que o Congresso Nacional de Psicologia da Saúde é uma das atividades científicas da psicologia, clássicas em Portugal. De fato, não há muitas ações científicas da psicologia que se mantenham com este caráter contínuo, o que nos deixa orgulhosos pela capacidade demonstrada pela nossa sociedade em manter esta atividade científica, mesmo em épocas, como agora, que são sentidas pela academia, pelos cientistas e também pelos profissionais que intervêm no campo da saúde como problemáticas e difíceis.

Embora seja um congresso que se denomina "Nacional" ele junta muitas pessoas de outros países, principalmente do Brasil. É para nós grato que os nossos colegas de outros países participem no nosso congresso. Mais do que nacional é um congresso do que se faz em português. Ainda nos faltam participantes dos outros países da CPLP: é nosso objetivo que essa participação se amplie à medida que a Psicologia da Saúde se implemente e ganhe espaço nos países de língua portuguesa.

O congresso decorreu segundo o formato usual: conferências convidadas, mais apresentações simultâneas ao congresso, que tomam a forma de comunicações, em simpósio, orais, escritas, workshops. Todas as comunicações incluídas no programa têm valor e dignidade idênticas, e têm nível científico adequado para ser apresentadas a congresso. Elas foram avaliadas de forma cega e aprovadas pela comissão científica.

Para lá do próprio Congresso e desta possibilidade de contato direto entre investigadores e profissionais da Saúde, publicam-se os textos das comunicações submetidas, atempada e correctamente, no primeiro dia do Congresso.

Este ano a publicação destas comunicações reveste dois formatos: o livro de atas que aqui se apresenta e, também por selecção dos organizadores, a publicação de alguns textos na Revista da SPPS, “Psicologia, Saúde & Doenças”

PERSPECTIVAS DO CUIDAR DA SAÚDE PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SUS MANAUS

Denise Machado Duran Gutierrez ¹, Elenara Dias Perin ², Ewerton Helder Bentes de Castro ¹, Selma de Jesus Cobra ³, Fabiana Fernandes ⁴ e Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas ⁴

1-Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil; 2-Centro Universitário Luterano do Brasil/CEULM-ULBRA; 3- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil; 4-Instituto de Agricultura e Ambiente, Universidade Federal do Amazonas, Humaitá, Amazonas, Brasil.

Os cuidados da saúde se inserem num amplo campo de práticas sociais que envolvem diversos contextos institucionais em que atuam uma gama de personagens. No mundo moderno esses espaços assumiram ao menos duas formas de prover cuidados: o contexto dos Serviços Formais de Saúde (públicos ou privados) organizados em rede em diferentes níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade); e os cuidados realizados em contextos informais providos pela família e comunidade, gestados por relações de confiança e sociabilidade.

No contexto das Políticas Públicas de saúde vemos afirmada a concepção de um sistema de saúde voltado para a implementação e consolidação do ideário que inspirou a criação do SUS fundamentado na Igualdade, Universalidade e Equidade (Brasil, 2006). Gerando novas concepções em saúde, e para além da propositura do SUS, todo um conjunto de contribuições teóricas em saúde reconhece a necessidade de tomar em conta aspectos socioculturais dos diversos grupos assistidos e, mais além, tomar os usuários dos serviços como sujeitos produtores de saúde e cuidados necessários a uma saúde mais plena. No que diz respeito aos serviços de saúde dois desafios ainda se apresentam: 1. o SUS não se transformou em prioridade do Estado brasileiro; e, 2. é preciso reconhecer que há uma crise de legitimidade das organizações estatais e públicas pela baixa eficácia e eficiência do sistema (Campos, 2008).

Compreender a realidade é condição imprescindível para atuar inteligentemente sobre ela. Isto é também verdade em relação a processos psicossociais complexos, como é a produção de cuidados da saúde. De outro lado a realidade não é homogênea e universal, mas se apresenta atravessada por diversos elementos condicionantes de ordem da especificidade sociocultural. O entendimento sobre como diversos atores, inseridos em contextos socioculturais específicos, compreendem o processo saúde – doença – cuidado e agenciam formas de prover cuidados é da maior importância para a mudança do modelo de saúde preconizada pelo ideário SUS e adequação dos serviços de saúde aos seus usuários (Gutierrez, 2012).

Fica claro a partir do acima exposto que abraçamos aqui a perspectiva postulada no Modelo do *Campo de Saúde* em que se vê esse fenômeno complexo a partir de suas múltiplas determinações em que interatuam: o ambiente (físico e social), estilos de vida, biologia humana, e os sistemas de serviços de saúde, numa inter-relação dinâmica marcada pela interdependência (Luz, 2009).

 Denise Machado Duran Gutierrez, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Rua Salvador, 345, apto 1601, Adrianópolis, Manaus, Amazonas, Brasil. CEP 69 057-040; E-mail: dmdgutie@uol.com.br.

Também a avaliação das Políticas de Saúde, em seu processo de implementação, demanda um olhar atento para identificar as formas como se realizam no cotidiano dos serviços e verificar aspectos que facilitam ou dificultam sua concretização. Como elemento dinâmico construído no processo de pactuação social, as Políticas Públicas precisam ser acompanhadas também por investigações científicas que se debrucem sobre as formas concretas de conceber saúde e cuidado e agir para cuidar da saúde.

MÉTODO

Participantes

Contamos com a participação de 28 entrevistados, assim distribuídos em termos de sua filiação institucional: 14 profissionais, 14 usuários. Estes se encontram incluídos em diversos níveis de inserção organizativa (atenção básica, média e alta complexidades) e redes de atendimento (municipal e estadual). Suas falas aparecem no texto indicadas pelo sufixo *subj.* (para sujeito) e numeradas por algarismos arábicos para melhor identificação.

Material

Optamos por utilizar um instrumento misto, em forma de entrevista semiestruturada, composta por questões fechadas de cunho quantitativo abrangendo dados sociodemográficos, e questões abertas para a interpretação qualitativa da expressão livre, dos sentimentos e opiniões sobre o objeto da investigação pelos entrevistados. Apresentaremos aqui somente a parte qualitativa dos dados analisados. Adicionalmente foram registradas observações espontâneas nos diversos momentos da coleta de dados em forma de *Observações adicionais* para contextualizar mecanismos e processos presentes nos discursos e nos espaços interativos entre pesquisadores e participantes para uma maior compreensão na análise dos dados obtidos. O registro do material seguiu a proposta de Araújo (2001) que nos permite codificar e organizar os dados de forma sistemática e racional com vistas a sua melhor compreensão e uso.

Procedimento

Na análise do material mantivemos a postura metodológica sugerida pelo pensamento sistêmico a partir das idéias propostas por Minayo (2006), seguindo os critérios de: **a)** ampliação do foco para o contexto onde os fenômenos se apresentam e as causas são circulares; **b)** aposta nos processos de auto-organização, uma vez que nem tudo é só positivo ou negativo, existem muitos desfechos possíveis e incontroláveis; **c)** adoção de uma '*objetividade entre parênteses*' em que o observador é parte do sistema e por isso não vale recorrer a um elemento exterior que possa ser aplicado à revelia dos sujeitos; **d)** observação que focalize intersecções e relações permitindo a iluminação do ponto cego da visão unidimensional.

Para a compreensão dos diferentes discursos buscamos definir o discurso do conjunto de participantes e o discurso individual de cada um. No discurso coletivo, buscamos as semelhanças, os contrastes, as contradições e as complementaridades. No discurso individual tratamos também das homogeneidades e das diferenças nos posicionamentos singulares, levando em conta inserção no sistema de saúde e aspectos socioculturais. Nossa abordagem busca configurar uma verdadeira análise dialética hermenêutica (Minayo, 2012).

RESULTADOS

Representações de Cuidado do Outro e o Auto Cuidado

Nesta dimensão trabalhamos com as seguintes questões norteadoras: O que, para você, é uma pessoa saudável? Dê um exemplo... O que você entende por "*cuidado da saúde*"? Dê um exemplo. Entre os profissionais da saúde pudemos identificar três formas distintas de definições de saúde. A primeira delas reflete a apresentada pela Organização Mundial da Saúde – OMS (2009), divulgada em carta em 1948, saúde como sendo um estado de bem estar físico, psíquico e social (Sciliar,

2007). Mesmo que o instrumento da pesquisa induza a busca de uma definição particular, “*o que é para você uma pessoa saudável*”, a concepção de saúde dada pela OMS foi a mais utilizada nos discursos; e nos sugere ser um conceito incorporado na formação destes profissionais, de modo pronto e distanciado do próprio entendimento do que é saúde, assim como acrescido de um tom consumista, ou seja, saúde como resultado de *bens* a serem adquiridos. *Obter casa, lazer, trabalho (1). Viver bem, bom emprego ganhe bem, estabilidade para a vida, ter boa renda, como se sustentar, viver, morar. Ter renda, se alimentar bem, ter plano de saúde (8).*

A segunda subcategoria tem como saturação, de definição do conceito, uma imprecisão, uma ideia de conceito em formação, por apontar contradições no próprio discurso. Aparece como que numa tentativa de manter a definição anterior, a da OMS, sem conseguir sustentá-la, aproximando-se das reflexões feitas por Segre e Ferraz (1997) sobre o conceito de saúde. Estes consideram ultrapassada a definição de saúde, dada pela OMS como uma condição de perfeito bem-estar físico, mental e social, primeiramente, por visar uma perfeição inatingível e unilateral, também por não levar em conta as formas de subjetivação de seus atores e suas personalidades. Ademais compreendem o processo do adoecimento como resultante da interação sujeito, conflitos (intra e interpessoais) e efeitos no corpo como resposta. Logo, o adoecimento é tomado como uma expressão da tentativa de resolução de conflitos, e saúde como composição de diversos elementos em interação que envolvem o sujeito e sua realidade. *Biopsicossocial... Na realidade parece impossível (2). Saúde é ampla, complexa e subjetiva... Muito específica (9).*

E na terceira categoria pudemos perceber nos discursos dos profissionais da saúde, a definição aproximada ao conceito dado por Dejours (2008), saúde como algo que não vem do exterior. O humano como protagonista do seu próprio estado saudável, como um ideal desejável, não concretamente atingível, um fim a ser atingido, o que dá base pra se projetarem ações individuais ou coletivas na esperança de sua conquista. *Estar bem: ter satisfação, harmonia com o todo. Partilhar com o outro (3). Equilíbrio: Encontra instrumentos para lidar com o dia a dia (5). Pessoa saudável é quem cuida da saúde, enfrenta as dificuldades, participa de grupo social, lazer,... Sabe que a sua saúde depende dela também (4).*

Essas visões de saúde e cuidado que aparecem de modo mais multidimensional envolvem vários elementos e interações e implicam um processo de assimilação e elaboração mais ou menos integrado. Aqui podemos ver que, de fato, a real consolidação dessas propostas e seu consequente desenvolvimento exigem transformações mais profundas nos modos de pensar e fazer saúde. Para tal é preciso desconstruir certas formas arcaicas de ver o outro e privilegiar espaços de relação em que as formas e qualidade das interações eu - outro sejam otimizadas e diversificadas, enriquecendo assim horizontes de saberes e fazeres (Ayres, 2004).

Embora interrogados sobre saúde e cuidado a fala dos sujeitos volta-se para a análise de um outro genérico. No entanto, como Ceccim e Merhy (2009) destacam, a produção do cuidado não se esgota na aplicação de procedimentos técnicos, mas envolve a capacidade de acolhimento, contato com a diferença e alteridade, “produção de um dizer-se respeito, em que a interação promove práticas de si” (p.535). A implicação do profissional como sujeito aparece aí como fundamental.

Entre os usuários pudemos reconhecer nos discursos dois tipos de inferências: alguns ainda perpetuam a concepção de saúde como a ausência da doença, enquanto outros têm uma visão mais ampla desse processo. No primeiro caso, temos: *Uma pessoa que tá bem de saúde, não tem nenhum tipo de doença... Saudável (3). Saudável é uma pessoa cheia de saúde, que não tem problema nenhum, que segue todas as ordens médicas, que faz seus exames periódicos, não tem problema (6). Ela (a pessoa) pode fazer qualquer coisa... Pessoa saudável faz tudo, não sente nada, não sente dor (7). Não sentir nada (8).*

No outro grupo encontra-se um significado atribuído de forma mais abrangente. Os

participantes compreendem a saúde em um aspecto mais macro, incluindo hábitos, fatores denominados condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, o aspecto emocional, conforme podemos observar nos excertos abaixo: *Pessoa que vive bem, que não fuma, não consome bebida alcoólica, não usa drogas... Se alimenta bem, dorme bem (1). Que goze de saúde tenha lazer, trabalho, descanso (2). É alegre, sorridente, de bem com a vida, trata as pessoas bem, não tem dia ruim pra ela... É tá bem no emocional (4). É ter muita saúde, ser alegre... Ser benquista com as pessoas (5).*

Considerando o termo *significado*, Heidegger (2002) pressupõe compreensão, apreensão de sentido. Dessa forma, o existir se dá de duas maneiras: a primeira, direcionada para a recepção do que está posto, do que está dito e caracterizado pelo autor como inautenticidade, e assim, mantém-se na passividade de ser. A segunda, diz respeito à pro atividade, ao ser autêntico, ao ato de interpretar determinada situação de um ponto de vista mais aberto e crítico.

Assim, enquanto o primeiro grupo se mantém no que foi prescrito como a saúde enquanto ausência da doença, ou seja, age e reage de modo inautêntico, apenas sobrevive, vivendo seu cotidiano sem grandes inquietações, sem voltar-se para si mesmo. O segundo grupo já atinge uma análise mais aprofundada do conceito, uma vez que vivencia a saúde em um aspecto mais rico e diverso, o que no pensamento de Heidegger (2002) está caracterizado como “ser-no-mundo é morar no mundo, e não apenas estar tenuamente ligado a ele” (p.75). Nesse sentido o último grupo consegue vislumbrar os pressupostos da promoção de saúde no sentido de perceber sua corresponsabilidade para a efetivação do processo saúde-doença.

Modos e Práticas de Cuidado

Nesta dimensão trabalhamos com as seguintes questões norteadoras: Como você cuida da sua saúde e da saúde dos outros? Dê um exemplo... Você já pediu ajuda de outros profissionais para acompanhar algum paciente? Você já sentiu necessidade de receber várias orientações de diversos profissionais ao mesmo tempo? Em que situações?

Entre os profissionais da saúde pudemos arranjar as respostas em quatro subcategorias: 1) negligência no autocuidado associada ao tipo de trabalho, 2) busca do exercício da alteridade no fazer em saúde, 3) desenvolvimento do protagonismo do usuário e, finalmente, 4) importância do trabalho multiprofissional. Constatamos nos discursos analisados, a existência marcante de negligência no autocuidado, acompanhada de forte apelo para serem reconhecidos como faltantes. Ainda, o automatismo do ato de cuidar, justificado pelo fazer saúde no cuidado do outro em detrimento de si mesmo, o que demonstra a atenção em saúde como o fim, unilateral. E, finalmente, o fazer saúde pautado em relações meio-fim, universalmente estabelecidas e transmitidas. Maneira de fazer em que as tecnologias duras são mais valoradas e a particularização mais cobrada no saber técnico. Trabalham calcados em uma dessubjetivação, apoiados na objetivação dos atos, subordinados à técnica (Ayres, 2000). *Profissional nunca cuida de si, mais do paciente. Falta tempo... (1). Acho que o pessoal da minha família acha que eu tenho uma saúde de ferro. Não é bem assim, não... Os profissionais precisam ficar mais atentos com a vida do outro (6). Profissionais da saúde cuidam dos outros sem se cuidarem... (8) Aí é uma graça! O profissional da saúde cuida, mas ninguém cuida do cuidador. Estou há três anos sem férias... O profissional acaba até se engessando... Processo de autodestruição (9). Esquece a saúde devido a estar trabalhando muito de um plantão pro outro... Esquece-se de procurar ajuda... Na área da saúde a gente adoeece... Esquecemos da gente enquanto pessoa... A gente é ser humano que falha, mas aqui não podemos errar (11).*

Cabe lembrar que o adoecimento como resultante do exercício profissional, seja de ordem física ou emocional, tem apresentado aumento crescente na sociedade brasileira, com uma projeção significativa junto aos profissionais da saúde conforme estudos de Silva (2011), que apontam para a presença de carga física, carga cognitiva e carga psíquica; processo de

comunicação inadequado; equipamentos obsoletos; número excessivo de usuários e estrutura frágil para lidar com o absenteísmo.

Outro grupo representou em seus discursos modos de autocuidado associados ao próprio fazer em saúde, o que nos demonstra uma busca pela intersubjetividade viva (Ayres, 2000, 2004) apoiados na tecnologia, mas não se subordinando a ela. Aqui é visível o exercício da alteridade, onde no ato de cuidar de si é percebido o outro e vice-versa, demonstrando uma circulação do cuidar: cuidar do outro para cuidar de si / cuidar de si para cuidar do outro. *Procuro trabalhar o outro da forma como me trabalho... Um gesto de acolhimento... (3). Sou bem zen no autocuidado (5). Autocuidado: cumprir horário de trabalho, mas também ter tempo para si, cuidar saúde física e mental, ler (preparo para o trabalho). Alimentar, exercícios. Estar preparado pra orientar/cuidar do outro. Viajar, boas leituras. Na alta complexidade é mais estressante por lidar com perdas, óbitos, doenças graves, crônicas, sofrimento (7).*

Outra subcategoria com expressão importante, a respeito dos modos de cuidar, diz respeito à valoração do fazer multiprofissional, expresso pela necessidade de encaminhamentos e reconhecimento dos limites da área de atuação. Neste particular se reconhece a importância dos diversos olhares sobre o adoecimento, mas os limites interdisciplinares ainda se apresentam bem estabelecidos, no fazer de cada especialidade. Aparece aí uma visão de equipe pautada na justaposição dos conteúdos das disciplinas, apesar de objetivar a integração das mesmas. Distante da interdisciplinaridade que se caracteriza por um trabalho em equipe onde se busca, cada vez mais, um maior intercâmbio e integração real nas disciplinas, em que os limites entre elas já não são tão definidos, podendo haver até incorporação de resultados entre si. *Encaminha pacientes, entende os limites da sua área... (3). Realizar encaminhamentos (5). Pede informação de outras áreas para repassar aos pacientes (10). Cada profissional na sua área... (12).*

E por último, encontramos em poucas falas a busca pela intersubjetividade viva, mas sem referência ao autocuidado, o exercício da tecnologia leve, e o entendimento do cuidar como busca do empoderamento e protagonismo no adoecimento, em uma relação dialógica, o ato de cuidar não como imposição/ passividade. A confiança e responsabilidade são apontados como traços principais a serem considerados na compreensão das interações entre profissionais de saúde e usuários: *Cuidar é perceber a responsabilidade... Fazer o melhor (4).*

Entre os usuários encontramos dois aspectos fundamentais: O primeiro grupo, falando sobre o autocuidado, ainda pressupõe o conceito de saúde e, conseqüentemente modos e práticas, centrados na questão da ausência de doença. Contudo o segundo grupo avalia a sua condição de sujeito, partícipe do processo. Assim, os discursos do primeiro grupo se configuram da seguinte forma: *A pessoa não consumir bebida, drogas, alimenta-se bem, pratica esporte [...] (1). Cuidar enquanto pode falar onde dói, o que sente com o médico [...] é não ter nenhum sintoma [...] sigo a prescrição médica e pelos cuidados médicos que eles passam pra mim (2). Ir no médico...fazer aquele exame, exame de sangue,fezes,urina [...] é a gente ir ao médico, seguir o que ele diz, tomar os remédios na hora certa, se alimentar na hora certa (5).*

O segundo grupo de participantes já percebe modos e práticas como uma ação direcionada pela responsabilidade e a solicitude. Trazem para si mesmos uma participação efetiva no processo do cuidado à sua saúde e à saúde do outro, principalmente os filhos, conforme expresso nos excertos de discurso a seguir: *Eu posso cuidar de mim e dos meus filhos, né? Dar alimentos saudáveis pra eles, não deixar eles comerem besteiras [...] Dormir bem, comer bem...ingerir alimentos ricos, né? Saudáveis (3). Eu digo pra ela (filha) melitos não traz saúde pra gente, biscoito... ela (a filha) não toma refrigerante. Meus filhos comem peixe, é mais saudável e tem salada todo dia (4). As pessoas não devem ficar usando certas coisas assim, né? [...] eu tenho cuidado com a saúde principalmente dos meus filhos (6).*

Castro (2009) ressalta que o Cuidado se expressa a partir dos seguintes aspectos: zelo, desvelo,

solicitude. Pode-se perceber nos discursos de ambos os grupos esses fatores. Contudo, enquanto no segundo grupo observa-se um Cuidado efetivo no sentido da solicitude sob a forma da autenticidade, uma vez que busca colocar em prática a possibilidade do crescimento do outro, caracterizado por Heidegger (2002) como saltar diante do outro; no primeiro grupo, os participantes referem seus modos e práticas de cuidado considerando ainda a solicitude no que Heidegger (2002) concebe como um saltar sobre o outro, onde se substitui o outro, faz do outro dependente, domina-o. Essa atitude é denominada pelo autor como a solicitude inautêntica, culminando num fazer porque está prescrito.

Repercussões das Representações sobre as Práticas

Nesta dimensão trabalhamos com as seguintes questões norteadoras: Como você avalia seu estado de saúde? O que em sua opinião facilita ou dificulta os cuidados da saúde? Como você avalia suas práticas de cuidado à saúde dos usuários? Quais as repercussões dos cuidados que você dispensa para a saúde dos usuários de seu serviço?

As repercussões citadas pelos profissionais com relação a si mesmos apontam para o sofrimento físico, emocional e social. O contato direto com a dor dos pacientes, o sofrimento psíquico e o risco da morte convidam estes profissionais a reeditar conteúdos primitivos pessoais que também lhes mobiliza estratégias defensivas para lidar com o cotidiano.

Dessa forma, o sofrimento não pode mais ser transformado em prazer, pois não consegue escoar e encontrar sentido, gerando acúmulos, ocasionando uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica e somática, levando muitas vezes à exaustão. A experiência vem do que resiste ainda no real e sempre em relação ao domínio da técnica e dos conhecimentos. As alienações mentais, sociais e culturais surgem como forma de resistir aos processos conflitivos das situações de trabalho (Codo & Vasques-Menezes, 2000). *Atendimento pesado... Às vezes eu saio daqui com ânsia de vômito... Quando a pessoa descreve questão de maus tratos... Esse envolvimento não atrapalha o técnico, mas é uma coisa que te dá mal estar (9).*

Os sentimentos mais comuns encontrados no cotidiano destes profissionais são vivenciados como dor, sofrimento psíquico, impotência, fracasso, angústia, medo, desesperança, diante das perdas e morte. Rossi, Gavião, Lucia, e Awada (2004) justificam a existência dos comportamentos de aversão e de encantamento despertados nos profissionais de saúde que permeiam sua prática. Ao serem indagados sobre como autoavaliam seu estado de saúde, mais da metade dos entrevistados avalia como um estado de saúde insuficiente e com necessidade de cuidados, pela falta de tempo para o autocuidado. *Eu diria que hoje não está muito legal, sabe? Tenho tido um cansaço terrível, não sei se é devido a problemas aqui no centro, a tribulação com a família, enfim, essa vida louca que a gente tem (1).*

Esses estados psicoafetivos citados acima têm como corolário, muitas vezes, uma alienação, inclusive a mental (conteúdos psicopatológicos). Cobra (2009) nos adverte que, se o indivíduo perde o contato com o real e com o reconhecimento pelo outro, ele se encontra na solidão, na loucura. Ou seja, tal condição pode gerar comportamentos inapropriados para as funções exercidas, produtoras de sofrimento psíquico, para o indivíduo e para os coletivos aos quais pertence (familiares, amigos e equipe de trabalho). *Quem trabalha no sistema de saúde geralmente num tá 100% (8). O principal é o próximo, depois a gente dá um jeitinho pra gente (11).*

Apesar dos profissionais entrevistados se considerarem saudáveis e equilibrados, ao serem indagados sobre seus modos e práticas de cuidado e, ao pensarem nas repercussões do seu fazer sobre o seu viver, foram unânimes em apontar a falta de autocuidado atribuída à: falta de tempo, à sobrecarga de trabalho. O que demonstra uma contradição, ou uma falta de reflexão sobre os efeitos de suas práticas de trabalho sobre a própria saúde, sugerindo uma maior utilização do mecanismo de defesa psíquico de onipotência, na tentativa de retroalimentando da ilusão do poder-fazer sobre os modos de ser (do) humano. *Dormir mais cedo, ficar com a família, ter*

momentos de lazer... essa orientação é pra nós também, só que a gente não coloca em prática e aí a gente se preocupa com o outro dessa maneira (8).

Também nesta categoria foram assinaladas como dificuldades no ato de cuidar as subcategorias: falta de acessibilidade aos serviços de saúde pelo usuário, contrastes socioeconômicos e culturais entre usuários e profissionais da saúde, o mau funcionamento do SUS, carências no autocuidado, assim como precária relação profissional/usuários. *Vida corrida, burocracia impede que se ajude o usuário, sentimento de impotência (4). Dificulta o cuidado próprio: Rotinas muito agitadas e falta de tempo, falta cronometrar tempo... (8).*

Em uma posição transferencial, estes profissionais poderão, dentro de um maior ou menor grau, entender a necessidade de elaboração destes percalços em suas histórias, rever posturas, ressignificar dores, ampliar visões, este é o “trabalho vivo”, o poder significar estes fazeres e viveres como operadores da saúde. Os profissionais alternam entre posturas que culpabilizam as pessoas pelas consequências de suas atitudes em sua saúde, referindo, por exemplo, o comportamento do usuário que mora ao lado da unidade de saúde e não procura o serviço, pela falta de vontade para buscar. Não relaciona a nenhuma outra característica do contexto sociocultural. Ou, de outro lado, apontam as limitações da instituição, de si mesmos e de suas práticas. O fazer no SUS é desvalorizado, com uma forma de auto boicote de cidadania, bem como a busca pelas relações de trabalho interdisciplinares e intersetoriais calcada na perspectiva de produção de processos de saúde dignificadores da vida de todos, na busca de se efetivar a frágil participação social nos processos de atenção e gestão do SUS, na premente necessidade da conquista cidadã do direito de ter direito. *O difícil é depender do SUS... E o sistema de marcação on line que ainda não está ajustado (6). O SUS é um funil bem fininho, só chega no hospital depois que você já tem sofrido maus bocados (7). O SUS é muito lindo no papel, mas a gente tem que botar em prática. Falta envolvimento na parte social e política na nossa classe... (10).*

A descontinuidade das equipes nos esquemas de plantão, e os acordos de trabalho sem vínculos empregatícios com as instituições de saúde, tendem a desfavorecer ações organizadas e de formação de consciência grupal. A equipe de trabalho, por ser rotativa, está sempre em transformação, o que inviabiliza o trabalho contínuo e o desenvolvimento da confiança mútua entre seus integrantes. *Dificuldades vêm de cima: da gestão, da política, da cultura... Nossa classe, nossa sociedade (10). Falta de capacidade dos médicos, experiência, não atender bem, não se comunicar com o paciente (11).*

Ao serem indagados sobre o que facilita os cuidados da saúde, uma parte deste grupo entrevistado, arrisca na possibilidade do encontro: *As receptividades dos usuários tentam fazer o melhor, seguir orientações. Vejo as pessoas mais interessadas em sua saúde, em si mesmas, nas suas famílias (4). Disposição para buscar (5). Facilita ter uma direção tranquila, que aposta nas nossas ideias. Ter acesso aos espaços, não precisar de burocracia. Compreensão dos colegas quando há perdas e lutos pessoais (9).*

Mesmo assim, é notório que, quando os profissionais se reúnem por conta própria para discutir e buscar uma compreensão coletiva de situações do trabalho, na maioria das vezes, isso é interpretado como “fazer hora, enrolação, fofocas, passar tempo”. Isso acontece por não encontrarem um espaço oficial de troca de saberes e fazeres, dentro da instituição de trabalho. O trabalho cooperativo desenvolve e exige, das relações, a confiança como principal consequência dos entendimentos das normas éticas, de forma pactual, diante das ações laborais.

Estabelecidos padrões de confiança variados, as equipes podem ir à busca da mobilização intersubjetiva, construindo um engajamento coletivo diante dos entraves encontrados na execução das atividades envolvidas do cotidiano. Poder se posicionar com maior esclarecimento e participação em relação a determinados entraves, como o distanciamento social, as diferenças culturais e os estilos dos conteúdos formativos da profissão, fortalece ainda mais as equipes de

saúde (Cobra, 2009). *Existe uma solidariedade, todos tem uma escuta respeitosa. Encaixam, atendem o quanto podem... As pessoas aqui (profissionais da equipe) são muito leves num trabalho pesado... As conversas entre os colegas e o bom humor da equipe ajudam muito a enfrentar essa rotina massacrante* (9).

Somente assim é que poderá ser legitimado, conforme recomendação de Dejours (2008), o reconhecimento como constatação das contribuições das ações individuais no desenvolvimento do produto final da equipe de saúde, ou como gratidão identitária decorrente da qualidade empregada nos fazeres e seus resultados diferenciados.

Entre os usuários encontramos diferentes percepções sobre o que facilita ou dificulta o cuidado, conforme se pode perceber nos excertos de discursos a seguir: *Está dentro das minhas expectativas* (1). *Médico, enfermeira, técnicos facilitam o atendimento* (2). *Procurar uma vida saudável, dormir bem, se alimentar bem [...] Eu moro na Cidade Nova e tive que vir pra cá, a maternidade bem na biqueira da minha casa* (3). *Os inúmeros SPA's que tem por aí... a pessoa pode recorrer e encontrar* (7).

O quesito acessibilidade é um fator considerado como de extrema relevância para os usuários, uma vez que possibilita o acesso aos serviços e ações de saúde. Mas também, *Em primeiro lugar o dinheiro... É o que facilita [...]. Distribuição de medicamentos pelo Governo [...]. Eu tenho ajuda do governo, é pra esse negócio de remédio* (5). *Ir procurar um médico (...). Não por costume, mas por necessidade, pra ver como é que tá o estado de sua saúde, pra avaliar (...). Ver se tá tudo normal* (8).

Por outro lado, os discursos dos participantes trazem alguns aspectos relacionados ao que dificulta os cuidados à saúde. Dentre as questões apresentadas estão: precário inter-relacionamento pessoal, a precariedade do atendimento, deficiência no quadro de especialistas, dificuldade em marcar consulta. As falas estão plenas de referências à má vontade e ao não querer atender, à falta de tempo dos profissionais, ao péssimo serviço de algumas unidades, à dificuldade em encontrar ginecologista e quando encontram o especialista são enviados de um lado para o outro; à perda de vigência de pedidos de exames e consultas. Conforme esclarecem dois usuários: *“Por causa dessa demora a gente fica mais doente... A gente fica doente até de nervoso* (4). *Espera um mês pra vir ao médico... o médico falta e você tem que remarcar, é a maior dificuldade”* (7).

As colocações dos usuários nos remetem a problematizações que consistem em um variado conjunto de críticas sobre as tecnologias da saúde que, sob diferentes perspectivas, tratam da organização de ações e serviços de saúde, da formulação de políticas de saúde, das relações médico-paciente, das relações serviços-população, das relações entre os diversos profissionais nas equipes de saúde, entre outros aspectos.

DISCUSSÃO

Os dados parecem apontar para o fato de que os cuidados precisam ser vistos não simplesmente como um conjunto de procedimentos instrumentais para manter e/ou atingir saúde. Precisam, sobretudo, ser vistos como um conjunto de posturas pessoais acompanhadas e geradas por reflexões a respeito da condição de saúde do sujeito articulada a um projeto de vida construído socialmente, como já destacado no campo da saúde coletiva.

É preciso refletir sobre qual o sentido do sofrimento reclamado por todos (usuários, trabalhadores), como podendo ser binário: entre o ser e seu objeto (ser vítima de algo/passividade), ou a compreensão fora deste binarismo, como experiência a ser ressignificada, representando assim a passagem da passividade para a atividade, que nos convoca pra outras formas de viver (Machado & Lavrador, 2009). Nessa perspectiva o sofrimento precisa ser entendido como sendo da ordem do desejo. E o cuidado deve buscar despertar no sujeito o desejo

de cuidar-se, ou seja, remete-se a um exercício ético que proporcione uma governabilidade de si, com sustentabilidade.

Cabe destacar ainda o quanto a rotina, o tecnicismo, os excessos da racionalização hegemônica, ou seja, as forças externas à ordem do encontro impermeabilizam os fazeres e os seus alcances de territórios, bem como a disposição para a inovação. Impedem que na teia micropolítica instaurada nos cotidianos dos operadores de saúde, se estabeleça e dê passagem para os devires e as singularidades existentes nesses territórios, ou nos campos de possibilidades, dos desejos de cuidar destes operadores, e inviabilizam os encontros e o cuidado que verdadeiramente sustenta a vida.

Fica então evidente a premente necessidade de se implementarem formas de desenvolvimento das relações interpessoais. É importante para os usuários e para os profissionais de saúde, na conexão real de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), buscar uma dialogicidade das relações, ou seja, compreender efetivamente e afetivamente o outro; entre os profissionais, seus modos de trabalhar em equipe produzindo uma grupalidade que vise às construções coletivas em constante transformação.

As recentes transformações da ação dos serviços de saúde em nosso país rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam efeitos positivos e negativos, já relativamente bem conhecidos. De um lado, identifica-se como importantes avanços a aceleração e ampliação do poder de diagnose, a precocidade progressivamente maior da intervenção terapêutica, o aumento da eficácia, eficiência, precisão e segurança de muitas dessas intervenções, melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes em uma série de agravos. Como contrapartida, a autonomização e tirania dos exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção aos aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transformam-se em evidentes limites.

Precisamos ter claro que nem tudo que é importante para o bem estar pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico. E por fim, mas fundamental, precisamos estar atentos para o fato de que nunca, quando assistimos à saúde de outras pessoas, mesmo estando na condição de profissionais, nossa presença na frente do outro se resume ao papel de simples aplicador de conhecimentos. Somos sempre alguém que, quer percebamos ou não, está respondendo a perguntas do tipo: “O que é bom pra mim?”, “Como devo ser?”, “Como pode ser a vida?”.

REFERÊNCIAS

- Araújo, D. R. D. (2001). Como transcrever sua entrevista: Técnica de editoração da transcrição de entrevista em pesquisa de abordagem compreensivista. *PSICO*, 3, 147-157.
- Ayres, J. R. C. M. (2000). Cuidado: Tecnologia ou sabedoria prática? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 4, 117-120. doi: 10.1590/S1414-32832000000100010
- Ayres, J.R.C.M. (2004). Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 73-92. doi:org/10.1590/S1414-32832004000100005
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). *Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. - Brasília: Ministério da Saúde, 92 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Campos, G. W. S. (2008). Desafios políticos e organizacionais do SUS: Vinte anos de política pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2200-2201. doi:org/10.1590/S0102-311X2008001000001
- Castro, E. H. B. (2009). *A experiência do diagnóstico: O significado no discurso de mães de*

- crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger*. Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto.
- Ceccim, R. B., & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: A humanização entre laços e perspectivas. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 531-42. doi:org/10.1590/S1414-32832009000500006
- Cobra, S. J. (2009). *Relatos emergentes e urgentes - Os profissionais de saúde de um hospital público infantil diante dos maus-tratos a crianças e adolescentes em Manaus*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva— UFAM/FIOCRU/UFPA.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (2000). O que é burnout? In W. Codo (Ed.). *Educação: Carinho e trabalho* (pp.225-255). Rio de Janeiro: Vozes.
- Dejours, C. (2008). *Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Gutierrez, D.M.D. (2012). *O papel da família na produção de cuidados da saúde: Estudo socioantropológico a partir de um bairro popular de Manaus*. Manaus: Edua.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo*. Trad. Márcia Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes.
- Luz, M.T. (2009). Complexidade do campo da saúde coletiva: Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – Análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18, 304-311. doi:org/10.1590/S0104-12902009000200013
- Machado, L.D., & Lavrador, M.C.C. (2009). Por uma clínica da expansão da vida. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 13. doi:org/10.1590/S1414-32832009000500004
- Minayo, M.C.S. (2006). Saúde e ambiente: Uma relação necessária. In G.W.S. Campos, M.C.S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond, & Y.M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 93-122). São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. (2012). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Organização Mundial de Saúde- OMS (1946). *Carta da Organização Mundial de Saúde*. Acedido em 12 de dezembro 2013, <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.
- Rossi, L.D., Gavião, A.C.D., Lucia, M.C.S., & Awada, S.B. (2004). Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. *Psicologia Hospitalar*, 2. Acedido em 03 de janeiro 2014, http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17, 29-41. doi:org/10.1590/S0103-73312007000100003
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31, 538-542. doi:org/10.1590/S0034-89101997000600016
- Silva, N.R. (2011). Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3393-3402. doi:org/10.1590/S1413-81232011000900006

COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS AO TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR: IMPLICAÇÕES NO AJUSTAMENTO PSICOLÓGICO DOS SUJEITOS LESIONADOS

Ana Ribas Teixeira[✉] 1, José Bruno Alves 1, António Santos 2 e Juan Gestal-Otero 3

1-Universidade de Santiago de Compostela, Espanha; 2-Escola Superior de Saúde – Cruz Vermelha Portuguesa, Oliveira de Azeméis, Portugal; 3-Escola de Medicina e Odontologia, Universidade de Santiago de Compostela, Espanha

A medula espinal comporta-se como o centro de informação no controlo de funções vitais como a respiração, a circulação, o controlo visceral, vesical, sexual e motor. Uma lesão permanente e irreversível nesta estrutura antecipa um cenário devastador com repercussões físicas graves e permanentes (Tate, Kennedy, & Seeley, 2005). Os últimos anos são marcados por inúmeros avanços nos cuidados de reabilitação aos sujeitos com lesão medular, com uma aposta considerável na melhoria da qualidade de atendimento, acompanhada por uma diminuição significativa na morbilidade e mortalidade (Teasell, et al., 2012). No entanto, esta população continua em risco acrescido de desenvolver problemas adicionais de saúde que podem resultar em situações de incapacidade secundárias à sua deficiência e, consequentemente, limitações funcionais acrescidas (Falvo, 2005).

As complicações secundárias a LVM traumática são comuns e severas. As infeções urinárias, as complicações vésico-esfincterianas, as úlceras de pressão, as complicações respiratórias, a dor e as disfunções sexual são sinalizadas como as complicações mais comuns nesta população (Abrams & Wakasa, 2013). O diagnóstico de uma lesão medular, como qualquer outra situação de doença incapacitante ou crónica, desencadeia no indivíduo mudanças a nível bio-psico-social, com enormes repercussões e necessárias adaptações no seu estilo de vida. Surge como uma ameaça ao bem-estar é portanto, uma situação potencialmente geradora de stress. A avaliação cognitiva e as estratégias de coping têm aqui um papel preponderante, funcionando como factor estabilizador adjuvante na manutenção de uma adequada adaptação psicológica (Ruiz, Aguado-Díaz, & Rodríguez, 2008).

O investimento em estudos científicos nesta problemática é justificado pela escassa bibliografia produzida nesta área, no nosso país, pelo crescimento contínuo da prevalência de lesionados medulares e dos elevados custos pessoais, económicos e sociais que tal condição acarreta (Cardoso, 2006; Ruiz & Aguado-Díaz, 2003).

MÉTODO

Participantes

Para a realização deste estudo foi recolhida uma amostra de conveniência que incluiu 168 sujeitos vítimas de lesão vertebro-medular traumática, dos quais 127 (75,60%) são do género masculino e 41 (24,40%) do género feminino. Aquando do momento da lesão, a idade média dos

[✉] -Ana de Fátima Ribas Teixeira, Rua do Cunha n° 120 1° esq., 4200-249 Porto, email-ana.ribasteixeira@gmail.com

participantes era de aproximadamente 30,10 anos de idade ($DP=14,14$) sendo que actualmente a idade dos indivíduos está compreendida entre 19 e 74 anos, com média de 41,08 ($DP=13,38$).

Material

Questionário sociodemográfico e clínico - Este instrumento reúne informações que caracterizam a situação sociodemográfica do participante, as características clínicas da lesão e a complicações secundárias associadas.

Brief COPE - Instrumento de investigação que tem como objectivo avaliar estilos e estratégias de coping e que tem como população alvo indivíduos adultos. A escala de Caver inclui 28 itens distribuídos por 14 subescalas. As estratégias de coping a analisar são resultado da soma de 2 itens que compõe o questionário de brief COPE. O valor de cada estratégia é dado pela soma dos resultados obtidos em cada item. Assim, dado que cada item é ordenado de 0 a 3, onde 0 indica não utilização e 3 frequente utilização da estratégia, o valor da dimensão varia de 0 a 6, onde um valor mais elevado indica uma maior utilização. Este instrumento foi validado para a população portuguesa com uma consistência interna que segue padrões idênticos à versão original, com a maior parte das escalas a apresentar uma consistência interna superior de 0,60 (Carver, 1997; Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Procedimento

Para a realização deste estudo transversal foram solicitadas autorizações a instituições hospitalares e de solidariedade social, centros de reabilitação e associações, em território português. A amostra foi recolhida durante o ano de 2012/2013. A participação no estudo foi voluntária e anónima, seguindo os princípios éticos de investigação. Os questionários foram preenchidos pelos próprios participantes, quando incapacitados fisicamente com ajuda de terceiros e sob orientação dos investigadores. O tratamento dos dados dos questionários foi realizado com base nos testes e procedimentos disponíveis no *software Statistical Program for Social Sciences* (SPSS; versão 20,0 para Windows).

RESULTADOS

No quadro 1 estão descritas as medidas de localização e de dispersão das escalas de coping utilizadas pelos sujeitos vítimas de LVM traumática, considerando o referencial teórico sugerido por Carver que agrupa as estratégias de coping em três diferentes categorias: coping focado no problema, coping focado nas emoções e estratégias de coping disfuncionais (Cooper, Katona, Orrell, & Livingston, 2008; Craver, 1997;).

Ao considerar as linhas orientadoras deste teórico, obtiveram-se três variáveis que foram construídas da seguinte forma:

- Coping focado no problema – resulta da soma das variáveis coping ativo, suporte instrumental e planeamento, dividindo esta pelo valor máximo que estas poderiam tomar (18) e multiplicando depois por 100.
- Coping focado nas emoções - resulta da soma das variáveis aceitação, suporte social emocional, humor, reinterpretação positiva e religião, dividindo esta pelo valor máximo que estas poderiam tomar (30) e multiplicando depois por 100.
- Estratégias de coping disfuncionais - resultam da soma das variáveis: desinvestimento comportamental, negação, auto-distracção, auto-culpabilização, uso de substâncias e expressão de sentimentos, dividindo esta pelo valor máximo que estas poderiam tomar (30) e multiplicando depois por 100.

Após a transformação destas variáveis procedeu-se à análise descritiva das mesmas e obtiveram-se os seguintes resultados: Coping focado no problema apresenta uma média de 64,70 mais ou menos um desvio padrão de 18,23; Coping focado nas emoções apresenta uma média de

58,50 mais ou menos um desvio padrão de 17,07; Estratégias de coping disfuncionais apresentam uma média de 30,45 mais ou menos um desvio padrão de 15,92.

A análise do quadro 1 permite depreender que as estratégias de coping mais utilizadas pelos sujeitos com LVM traumática são as estratégias focadas no problema ($M=64,70$; $DP=18,23$), seguidas das estratégias focadas nas emoções ($M=58,50$; $DP=17,07$) e por fim as estratégias disfuncionais ($M=30,45$; $DP=15,92$).

Quadro 1

Medidas de localização e dispersão para as categorias de coping

Categorias de Coping	Média	Desvio padrão	Alfa
Coping focado no problema	64,70	18,23	0,71
Coping focado nas emoções	58,50	17,07	0,74
Estratégias de coping disfuncional	30,45	15,92	0,79

Ao abordar o estado de saúde dos participantes, procurou-se saber se os mesmos tiveram necessidade de recorrer algum tipo de cuidado médico ou de saúde durante o último mês. 70,83% dos participantes responderam de forma afirmativa a necessidade de recorrer a algum tipo de apoio, nomeadamente a consultas de fisioterapia, medicina geral e familiar, urologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, cuidados de enfermagem, cirurgia ou serviços de urgência.

Questionados sobre as complicações secundárias ao traumatismo vertebro-medular, 95,54% dos sujeitos referiu ter uma ou mais das complicações sugeridas pelo questionário, nomeadamente: infecções urinárias, complicações vésico-esfincterianas, dor, disfunção sexual, úlceras de pressão e complicações respiratórias. Foram também acrescentadas pelos participantes, outras situações não incluídas como opção, tais como complicações cardíacas, diabetes, espasmos, obstipação, osteoporose, parestesia e complicações psicológicas.

Quadro 2

Medias para as categorias de coping de acordo com as variáveis complicações secundárias

Variáveis Complicações secundárias	Dimensões de Coping								
	Coping focado no problema			Coping focado nas emoções			Estratégias de coping disfuncionais		
	Média	t	p	Média	t	p	Média	t	p
Úlceras de pressão									
Não	64,38			58,01			29,94		
Sim	65,99	-0,45	0,65	60,52	-0,75	0,46	32,49	-0,82	0,41
Vésico-esfincterianas									
Não	64,77			58,84			28,76		
Sim	64,63	0,05	0,96	58,15	0,26	0,80	32,17	-1,37	0,17
Infecções urinárias									
Não	63,84			58,91			28,58		
Sim	65,14	-0,43	0,67	58,29	0,22	0,83	31,33	-1,03	0,31
Complicações respiratórias									
Não	64,50			58,06			28,94*		
Sim	65,67	-0,31	0,76	60,60	-0,71	0,48	38,07*	-2,78	0,01
Dor									
Não	64,70			60,35			27,69*		
Sim	64,71	0,00	1,00	55,94	1,64	0,10	34,22*	-2,63	0,01
Disfunção sexual									
Não	64,20			58,23			30,44		
Sim	65,42	-0,42	0,68	58,86	-0,23	0,82	30,48	-0,01	0,99

No quadro 2 estão descritas as médias para cada grupo de estratégia de coping de acordo com as variáveis complicações secundárias do sujeito com LVM traumática. Para o seu cálculo foi

utilizado o teste t-student para comparação de dois grupos. Quando analisamos a relação entre as três diferentes categorias do *Brief Cope* e as variáveis complicações secundárias, podemos encontrar algumas dependências nomeadamente no que se refere as estratégias de coping disfuncionais. Assim encontramos resultados significativos para estas, em relação as complicações respiratórias ($t=-2,78$; $p=0,01$) e a dor ($t=-2,63$; $p=0,01$). As úlceras de pressão, as complicações vesico-esfincterianas, às infecções urinárias e disfunção sexual, não apresentam dependências relativamente aos diferentes grupos de estratégias de coping. Tal informação sugere que os sujeitos com LVM que apresentam complicações respiratórias e dor recorrem mais a estratégia disfuncionais comparativamente com os que não possuem estas complicações.

Os resultados reflectem também o facto, de ao considerar as diferentes complicações secundárias associadas a este quadro clínico, os sujeitos afectados optam por recorrer preferencialmente as estratégias focadas no problema, seguindo-se as estratégias focadas nas emoções e por fim às estratégias disfuncionais.

DISCUSSÃO

As complicações respiratórias e a dor são condições médicas secundárias à lesão medular frequentes nesta população. As disfunções respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em pessoas com lesão medular e a dor uma condição clínica de alta prevalência e difícil tratamento (Miguel & Kraychete, 2009; Sheel, Reid, Townson, & Ayas, 2012).

Os resultados deste estudo sugerem que os sujeitos com LVM que apresentam dor ou complicações respiratórias recorrem de forma significativa a estratégias consideradas disfuncionais no processo de adaptação, quando comparados com os sujeitos que não referenciam estas complicações. Acreditamos que as manifestações clínicas da dor e das complicações respiratórias podem traduzir-se numa situação adicional de sofrimento e incapacidade, tais situações são capazes de gerar situações de maior stress e dificuldades acrescidas em mobilizar estratégias mais activas e eficazes no processo de ajustamento a esta condição.

Outros estudos reforçam os resultados encontrados no presente trabalho ao enfatizarem o impacto negativo das complicações secundárias, nomeadamente da dor, na adaptação psicossocial dos sujeitos com LVM. As pessoas com dor revelam menor índice de funcionalidade principalmente em relação aos aspectos sociais e emocionais, sendo considerada em diversos estudos como a complicação secundária que mais compromete a qualidade de vida dos sujeitos afectados (Vall, 2010; Vall & Braga, 2006). A dor pode interferir de forma negativa no humor, na capacidade de realizar actividades cognitivas, sociais, recreativas e laborais (Miguel & Kraychete, 2009). O restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial e reintegração social destes sujeitos depende do controlo e alívio desta sintomatologia (Vall, 2005).

A lesão medular tornou-se uma epidemia da sociedade moderna. Apesar dos avanços na compreensão médica da lesão e a melhoria no seu reconhecimento precoce e tratamento, continua a ser um evento devastador, ao culminar com frequência em incapacidades graves e permanentes (Hansebout & Kachur, 2013).

As complicações clínicas associadas a lesão medular têm reflexo na adaptação psicossocial dos sujeitos e podem ter impacto em vários domínios da vida do sujeito, nomeadamente com implicações no sucesso da sua integração profissional bem como das suas relações interpessoais (Pagliacci, Franceschini, Clemente, Agosti, & Spizzichino, 2007). A dor aparece como uma das complicações mais difíceis de gerir e de responder a tratamentos médicos que proporcionem o seu alívio. Vários estudos enfatizam importância de fatores psicossociais no seu tratamento (Jensen, Moore, Bockow, Ehde, & Engel, 2010). Modificar cognições e estratégias de coping disfuncionais

pode ter alguns efeitos benéficos sobre a intensidade da dor e incapacidade relacionada (Heutink et al., 2013).

O recurso a diferentes estratégias de coping tem um impacto considerável no bem-estar e saúde a longo prazo dos sujeitos lesionados. Os indivíduos que aceitam e procuram entender sua condição experimentam sensação de autodomínio, auto-eficácia e crescimento pós-traumático. Por outro lado, o evitamento pode levar à presença considerável de sintomatologia ansiosa e depressiva, a autonegligência e abuso de substâncias (Keneddy, 2008).

É importante conhecer a realidade dos sujeitos vítimas de LVM traumática e necessidades específicas desta população, nomeadamente as sequelas e as dificuldades que estas pessoas confrontam para se adaptarem à sua nova condição e retornar a sua vida social e familiar. Os resultados sugerem a necessidade de considerar equipas multidisciplinares com intervenções múltiplas e concertadas onde a par das terapias física e farmacológica é de todo pertinente a aposta na terapia psicológica.

Agradecimentos

Agradecemos ao Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António E.P.E, Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais, Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, Associação Portuguesa de Deficientes e Associação Salvador pelo apoio concedido, no acesso e recolha da amostra em estudo.

A todos os participantes deste estudo agradecemos a disponibilidade e interesse com que colaboraram na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Abrams, G.M, & Wakasa, M.D.M. (2013). Chronic complications of spinal cord injury. In M. Aminoff, & J.L. Wilterdink (Eds.). Disponível na base de dados *Updated*.
- Cardoso, J. (2006). *Sexualidade e deficiência – Adaptação psicológica e sexualidade na lesão medular*. Coimbra: Quarteto.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 929-936. doi:10.1002/gps.2007
- Falvo, D. (2005) *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. Massachusetts: Jones and Bartlett publishers.
- Hansebout, R.H., & Kachur, E.(2013). Acute traumatic spinal cord injury. In M.J. Aminoff, M.E. Moreira,, & J.L. Wilterdink (Eds.). Disponível na base de dados *Updated*.
- Heutink, M., Post, M.W., Overdulve C.W., Pfenning L.E., van de Vis W., Vrijens, N.L., & Lindeman, E. (2013). *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 19, 330-40. doi:10.1310/sci1904-330
- Jensen, M.P., Moore, M.R., Bockow, T.B., Ehde, D.M., & Engel, J.M. (2010). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine e Reabilitação*, 92, 146–160. doi: 10.1016/j.apmr.2010.09.021
- Kennedy P. (2008). *Coping effectively with spinal cord injuries: A group program therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Miguel M., & Kraychete D.C. (2009). Dor no paciente com lesão medular: uma revisão. *Revista*

Brasileira de Anestesiologia, 59, 350-357.

- Pagliacci, M.C., Franceschini, M. Clemente, B. Di., Agosti M., & Spizzichino, L. (2007). A multicentre follow-up of clinical aspects of traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord*, 45, 404–410. doi:10.1038/sj.sc.3101991
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia Saúde e Doença*, 5, 3-15.
- Ruiz, M. B. R., & Aguado-Díaz, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. Madrid: Observatorio de la Discapacidad. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Ruiz, M. B. R., Aguado-Díaz, A., & Rodríguez, A. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): Una revisión de la bibliografía. *Intervención Psicosocial*, 17, 109-124.
- Sheel, A.W., Reid, W.D., Townson, A.F., & Ayas, N. (2012). Respiratory management. In J.J. Eng, R.W. Teasell, W.C. Miller, D.L. Wolfe, A.F. Townson, J.T.C. Hsieh, S.J. Connolly, V. Noonan, S. Mehta, B.M. Sakakibara, & K. Boily (Eds.), *Spinal cord injury rehabilitation evidence*. Version 4.0.
- Tate, P., Kennedy, J., & Seeley, R. (2005). *Anatomia e fisiologia*. Lisboa: Lusociências.
- Teasell, R.W., Mehta, S., Loh, E., Wolfe, D.L., Hsieh, J.T.C., & Short, C. (2012). Pain following spinal cord injury. In J.J. Eng, R.W. Teasell, W.C. Miller, D.L. Wolfe, A.F. Townson, J.T.C. Hsieh, S.J. Connolly, V. Noonan, S. Mehta, B.M. Sakakibara, & K. Boily (Eds.), *Spinal cord injury rehabilitation evidence*. Version 4.0.
- Vall, J. (2010). *Classificação internacional de funcionalidades (CIF) em pessoas com dor neuropática secundária à lesão medular*. (Tese de doutoramento). Fortaleza: Faculdade de Medicina da Universidade do Ceará.
- Vall, J., & Braga, V.A.B. (2005). Dor neuropática central após lesão medular traumática: capacidade funcional e aspectos sociais. *Revista de Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery*, 9, 404-410.
- Vall, J., Braga, V.A.B., & Almeida, P. (2006). Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 64, 451-455.

O BEM-ESTAR DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS: PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

José Luís Pais-Ribeiro 1 e Ana Carolina Silva L. C. Ponte ✉ 2

1 -Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2 -Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

As pessoas que sofrem de doenças graves e avançadas são usualmente atendidas por médicos e enfermeiros que não tiveram formação para lidar com o processo de fim de vida (Cramer, 2010). De um modo geral, recebem cuidados de saúde inadequados, sendo frequente os sintomas físicos por controlar, a má comunicação entre profissionais de saúde e doentes, e as decisões de tratamento alheadas das preferências dos doentes e das famílias (Bergman, Fink, Kwan, Maliski, & Litwin, 2011).

O aumento da esperança de vida, a morbilidade e mortalidade por doença crónica avançada, e os cuidados inadequados ao doente justificam a necessidade da prestação de cuidados paliativos (CP) à população (Espinar Cid, 2012). Estes são cuidados de saúde ativos, rigorosos e científicos, há muito tempo reconhecidos como uma especialidade médica (Medicina Paliativa) na Grã-Bretanha, e mais recentemente no Canadá, EUA, Austrália e Nova Zelândia (Neto, 2010a). No entanto, existem milhões de doentes com doenças incuráveis que carecem de cuidados especializados e adequados em todo o mundo (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos [APCP], 2013a).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os CP designam uma abordagem destinada à melhoria da qualidade de vida dos doentes com doenças que ameaçam a vida – e das suas famílias – que atua na deteção precoce, avaliação adequada e tratamento de problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, como forma de prevenir e aliviar o sofrimento (WHO, 2002).

Esta definição de CP da OMS no início do século XXI demarca-se da visão desta área como cuidados de saúde de menor importância, e apenas destinados aos doentes terminais. É aberta uma nova perspetiva, a da prestação de cuidados técnicos, humanos, holísticos e especializados, prestados por uma equipa interdisciplinar, que se destinam ao acompanhamento do doente e sua família ao longo de todo curso da doença, prevendo também o apoio no luto (WHO, 2002).

Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde centra-se maioritariamente numa filosofia curativa, focalizada no tratamento de doenças agudas ao nível hospitalar. O domínio deste modelo, aliado à incerteza política quanto à implementação de serviços e à falta de formação específica, justifica o atraso no desenvolvimento de CP no nosso país, comparativamente a vários países europeus (Neto, 2010b).

✉ - Ana Carolina Silva L. C. Ponte, Estrada do Aeroporto, Edif. Costa Azul IV, Bl.C 3ºV, 9125-081 Santa Cruz – Portugal, e-mail: anacarolina.ponte@gmail.com

Capelas (2009) apresentou uma proposta para o desenvolvimento e implementação de equipas de CP a nível nacional, identificando as necessidades materiais e de recursos humanos para as diferentes regiões do país. Contudo, a oferta real fica muito aquém das necessidades (Neto, 2010b). De facto, em junho de 2013 existiam apenas 22 equipas de CP que detinham os critérios de qualidade exigidos pela APCP relativos à formação dos profissionais e disponibilidade de fármacos (APCP, 2013b) e desconhecem-se estudos referentes à atividade destas equipas e seu o impacto no bem-estar dos doentes.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos surgiu apenas no final de 2012 com a introdução da Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, definindo a responsabilidade do Estado nesta matéria. Prevê-se que esta mudança legal proporcione uma maior oferta de unidades/serviços de CP, de equipas intra-hospitalares e comunitárias de suporte em CP, acompanhada pela melhor qualidade de cuidados prestados.

A prestação de CP exige uma equipa multiprofissional que funciona de modo integrado e possui formação avançada para intervir no sofrimento de uma forma holística, podendo atuar em diferentes contextos como unidades de internamento de CP, hospitais gerais e no domicílio, distinguindo-se assim da prática de ações paliativas prestadas por profissionais de saúde de diferentes *backgrounds* (Neto, 2010a).

Médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais, entre outros profissionais de saúde compõem a equipa de CP, que também conta com o auxílio de voluntários. Eles intervêm de acordo com as necessidades dos doentes e famílias, mas a sua ação é concertada com os outros elementos da equipa. Elaboram um plano de cuidados conjunto, debatem em reuniões semanais e referenciam para outros colegas, atuando, portanto, de forma verdadeiramente interdisciplinar (Neto, 2010a).

A qualidade de vida e o bem-estar – como seu principal indicador – são os objetivos centrais dos cuidados ativos, rigorosos e especializados prestados aos doentes que padecem de uma doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva (Olthuis & Dekkers, 2005). Os cuidados de saúde têm um efeito positivo no bem-estar dos doentes (Foley, O'Mahony, & Hardiman, 2007) e, os que são admitidos em unidades de CP tendem a melhorar significativamente a sua qualidade de vida percebida (Cohen, Boston, Mount, & Porterfield, 2001) ou a mantê-la em níveis elevados (Echteld, Deliens, Ooms, Ribbe, & Van der Wal, 2005).

Existe um elevado consenso na asserção que melhorar a experiência de fim de vida dos doentes passa por reconhecer os aspetos que eles valorizam (Steinhauser et al., 2000a; Thompson & Chochinov, 2008). Para tal, é perentório conhecer os aspetos que eles consideram mais importantes (Lipsman, Skanda, Kimmelman, & Bernstein, 2007) para o seu bem-estar, até porque este depende da satisfação das suas necessidades (McKechnie, Macleod, & Keeling, 2007) e preferências (Olthuis & Dekkers, 2005).

Lloyd (2000) considera que o bem-estar em fim de vida deve ser compreendido e potenciado. Questionar os profissionais de saúde que trabalham em CP acerca da sua opinião relativamente ao bem-estar dos seus doentes é um passo importante para aumentar a compreensibilidade deste tema (McDowell, 2010). Além disso, uma definição clara daquilo que eles veem como importante no final de vida é essencial para a melhoria dos cuidados prestados, que por sua vez potenciam o bem-estar (Steinhauser et al., 2000a, 2000b).

A presente investigação teve por objetivo caracterizar o nível de bem-estar do doente seguido em unidades/serviços de CP e os fatores preponderantes para o maximizar segundo a perspetiva dos profissionais de saúde que os acompanham.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo transversal, exploratório, de caráter descritivo-correlacional. Consideraram-se dois tipos de variáveis, a variável principal: o bem-estar; e as variáveis secundárias: idade, região, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de serviço em CP e importância da fé.

Participantes

Participaram no estudo profissionais 78 de saúde diferenciados que trabalham em CP integrados numa equipa interdisciplinar. A recolha de dados decorreu em diferentes unidades/serviços de CP da região Norte (Serviço de CP do IPO-Porto), Centro (Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão - Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE; Unidade de CP do Hospital Nossa Senhora da Graça - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE) e de Lisboa (Unidade de CP do Hospital do Mar). Recorreu-se a uma amostra de conveniência, sendo incluídos todos os profissionais de saúde diferenciados em exercício de funções nas unidades/serviços de CP indicadas que, após esclarecimento, e leitura do consentimento informado, acederam participar no estudo, formalizando a sua vontade por escrito. O Quadro 1 descreve as características da amostra de profissionais de saúde.

Quadro 1

Características sociodemográficas da amostra de profissionais de saúde

Características	Profissionais de saúde (N = 78)		
	Min.- Máx.	M	DP
Idade	22-69	35,01	10,76
	<i>n</i>	<i>%</i>	
Região			
Norte	31	39,7	
Centro	14	17,9	
Lisboa	33	42,3	
Sexo			
Masculino	12	15,4	
Feminino	66	84,6	
Estado Civil*			
Solteiro	39	50,6	
Casado/União de facto	34	44,2	
Divorciado/Separado	3	3,9	
Viúvo	1	1,3	
Escolaridade			
Bacharelato	3	3,8	
Licenciatura ou M.I.	64	82,1	
Mestrado	11	14,1	
Profissão			
Médico(a)	12	15,4	
Enfermeiro(a)	56	71,8	
Assistente Social	2	2,6	
Psicólogo(a)	4	5,1	
Outros	4	5,1	
Tempo de serviço em C P*			
< 1 ano	15	19,5	
1-5anos	35	45,5	
6-10 anos	14	18,2	
11-15 anos	10	13,0	
> 15 anos	3	3,9	

(cont quadro 1)

Importância da fé

Nada importante	8	10,3
Importante	34	43,6
Muito Importante	36	46,2

Nota. *1 dado omisso

Os 78 profissionais de saúde distribuem-se: 39,7% da região Norte, 17,9% do Centro e 42,3% de Lisboa. A idade média situava-se nos 35,01 anos. Eram na sua maioria solteiros (50,6%) e do sexo feminino (84,6%). Enfermeiros e médicos foram os profissionais mais representados, com 56 e 12 participantes, respetivamente. Quanto às competências académicas e profissionais, verificou-se que apenas 14,1% possuía mestrado e 3,9% exercia CP há mais de 15 anos. A fé foi considerada muito importante e importante, com apenas 8 profissionais (10,3%) a apontá-la como nada importante

Material

O material foi composto por um questionário de dados sociodemográficos; um item de avaliação global do bem-estar, e; uma questão para identificação dos fatores mais importantes à promoção do bem-estar. Item de avaliação global do bem-estar. Recorreu-se a uma escala numérica para a avaliar a opinião dos profissionais de saúde acerca do nível de bem-estar dos doentes. Foi-lhes pedido que respondessem à seguinte questão: “na sua opinião qual o nível geral de bem-estar dos seus doentes?”, pontuando entre “0” e “10” que correspondem, respetivamente, à “ausência de bem-estar” e “máximo bem-estar”, compreendendo uma posição neutra (“5”).

Questão de identificação dos fatores promotores de bem-estar- Adotaram-se os fatores considerados importantes ao fim de vida identificados por Steinhauser et al. (2000a) como os mais frequentemente referidos por doentes, famílias e profissionais de saúde, em doze grupos focais. Os profissionais de saúde posicionaram-se numa escala numérica, indicando o grau de importância, entre “0” *nada importante* e “10” *extremamente importante*, da “ausência de dor”, “estar em paz com Deus”, “ter a presença da família”, “estar consciente”, “ver as suas opções de tratamento seguidas”, “ter as finanças em ordem”, “sentir que a vida teve sentido”, “resolver conflitos” e “morrer em casa” para o seu bem-estar dos seus doentes.

Procedimento

Com o intuito de obter uma amostra alargada, foi enviado um documento – com o esclarecimento do estudo e o material de recolha de dados – a cada unidade/serviço de CP portuguesa com regime de internamento, contendo um pedido de autorização aos Conselhos de Administração e um pedido de parecer para as Comissões de Ética. Os dados foram recolhidos entre o final de 2009 e meados de 2010 e analisados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20 para Windows.

RESULTADOS

Os profissionais de saúde ($n = 71$) ponderaram acerca do nível de bem-estar do doente, considerando-o entre os valores 3 (mínimo) e 10 (máximo), com uma média de 7,04 ($DP = 1,41$). O grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente (Quadro 2).

Apenas os fatores estar consciente e ter as finanças em ordem foram apontados como nada importante (valor mínimo de 0) por algum profissional; além disso, foram os que receberam uma média de importância inferior com 6,83 ($DP = 2,18$) e 6,63 ($DP = 2,43$), respetivamente. A ausência de dor ($M = 9,88$; $DP = 0,43$), resolver conflitos ($M = 9,23$; $DP = 1,13$), ter a presença da família ($M = 9,19$; $DP = 1,20$) e sentir que a vida teve sentido ($M = 9,19$; $DP = 1,28$) foram os fatores que apresentaram uma média superior.

Quadro 2

Grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores importantes para o bem-estar do doente	Profissionais de saúde		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Máx.</i>
Ausência de dor	9,88	0,43	8-10
Resolver conflitos	9,23	1,13	5-10
Ter a presença da família	9,19	1,20	5-10
Sentir que a vida teve sentido	9,19	1,28	4-10
Ver as suas opções de tratamento seguidas	8,36	1,67	4-10
Estar em paz com Deus	7,13	1,88	4-10
Morrer em casa	7,05	2,01	1-10
Estar consciente	6,83	2,18	0-10
Ter as finanças em ordem	6,63	2,43	0-10

Na relação entre as características sociodemográficas e o nível de bem-estar do doente não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. (quadro 3)

Quadro 3

Relação entre as características sociodemográficas e o nível de bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Características	Nível de bem-estar do doente				<i>t (gl) p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Máx.</i>	
Idade	71				
					0,19 ns*
Região					
Norte	27	6,52	1,58	3-8	
Centro	13	7,38	1,71	5-10	
Lisboa	31	7,35	0,95	5-9	
Sexo					
Masculino	12	6,67	1,61	4-10	-1,01 (69) ns
Feminino	66	7,12	1,37	3-10	
Estado Civil					
Solteiro	37	7,19	1,20	4-10	
Casado/União de facto	30	6,83	1,64	3-10	
Divorciado/Separado	3	7,00	1,73	5-8	
Viúvo	1	-	-	-	
Escolaridade					
Bacharelato	3	9,00	1,73	7-10	
Licenciatura ou M.I.	59	6,95	1,37	3-10	
Mestrado	9	7,00	1,23	5-8	
Profissão					
Médico(a)	11	7,45	1,21	4-8	
Enfermeiro(a)	52	7,00	1,50	3-10	
Assistente Social	1	6,00	0,00	6-6	
Psicólogo(a)	3	7,67	0,58	7-8	
Outros	4	6,25	0,96	5-7	
Tempo de serviço em C.P.					
< 1 ano	15	7,27	1,22	4-9	
1-5anos	33	6,82	1,26	4-9	
6-10 anos	11	7,27	2,20	3-10	
11-15 anos	9	7,00	1,32	5-8	
> 15 anos	2	7,50	0,71	7-8	

(cont quadro 3)

Importância da fé

Nada importante	7	6,71	2,29	3-10
Importante	31	7,10	1,14	5-9
Muito Importante	33	7,06	1,46	4-10

Nota. ns* - correlação não significativa; ns - Diferença de médias não significativa

No entanto é possível verificar pela análise da estatística descritiva do Quadro 3 que os profissionais de saúde que atribuíram uma menor pontuação ao nível de bem-estar dos seus doentes situavam-se na região Norte ($M = 6,52$; $DP = 1,58$), eram do sexo masculino ($M = 6,67$; $DP = 1,61$), casados ($M = 6,83$; $DP = 1,64$), possuíam licenciatura ou mestrado integrado ($M = 6,95$; $DP = 1,37$), pertenciam ao grupo outras profissões ($M = 6,25$; $DP = 0,96$) ou era assistente social ($n = 1$; $M = 6,00$), tinham entre 1 a 5 de anos de tempo de serviço em CP ($M = 6,82$; $DP = 1,26$) e apreciavam a fé como algo nada importante ($M = 6,71$; $DP = 2,29$).

O Quadro 4 exhibe o grau de importância de diferentes fatores de acordo com a região dos profissionais de saúde. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à importância de estar consciente ($F(2,75)=3,33$, $p < 0,05$), situadas de acordo com o teste *Scheffé*, entre a região Centro ($M = 8,07$; $DP = 1,90$) e a de Lisboa ($M = 6,33$; $DP = 2,45$). Ter as finanças em ordem foi o fator que reuniu maior variabilidade de pontuações entre os profissionais de diferentes regiões, com uma média de 5,64 ($DP = 2,37$) no Centro, 6,58 ($DP = 2,62$) em Lisboa e 7,13 ($DP = 2,16$) no Norte, contudo as diferenças não são significativas.

Quadro 4

Relação entre a região e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	Região Norte (n = 31)		Região Centro (n = 14)		Região de Lisboa (n = 33)		F (gl) p
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	
Ausência de dor	9,90 (0,40)	8-10	9,93 (0,27)	9-10	9,85 (0,51)	8-10	-
Estar em paz com Deus	7,00 (1,92)	4-10	7,21 (2,05)	4-10	7,21 (1,82)	5-10	0,12 (2,75) ns
Ter a presença da família	9,00 (1,21)	6-10	9,64 (0,63)	8-10	9,18 (1,33)	5-10	-
Estar consciente	6,81 (1,80)	4-10	8,07 (1,90)	5-10	6,33 (2,45)	0-10	3,33 (2,75) *
Ver opções de trat. seg.	7,90 (1,80)	4-10	8,43 (1,51)	6-10	8,76 (1,54)	5-10	2,18 (2,75) ns
Ter as finanças em ordem	7,13 (2,16)	1-10	5,64 (2,37)	0-9	6,58 (2,62)	0-10	1,86 (2,75) ns
Sentir que vida teve sentido	8,90 (1,56)	4-10	9,21 (1,42)	5-10	9,45 (0,83)	6-10	-
Resolver conflitos	9,26 (0,77)	8-10	9,07 (1,54)	5-10	9,27 (1,23)	5-10	-
Morrer em casa	7,19 (1,97)	4-10	7,36 (2,65)	1-10	6,79 (1,76)	5-10	-

Nota. ns - Diferença de médias não significativa; * $p < 0,05$

O Quadro 5 apresenta os dados referentes à relação entre o sexo, a idade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde. É possível observar que estar consciente ($M = 6,67$; $DP = 2,21$) e ter as finanças em ordem ($M = 5,25$; $DP = 3,55$) foram os fatores que menor importância obtiveram para os profissionais do sexo feminino ($n = 66$) e masculino ($n = 12$), respetivamente.

As mulheres obtiveram médias ligeiramente superiores em ter as finanças em ordem ($M = 6,88$; $DP = 2,11$) e morrer em casa ($M = 7,14$; $DP = 1,96$). Os homens pontuaram acima quanto à importância de estar consciente ($M = 7,75$; $DP = 1,82$) e de estar em paz com Deus ($M = 7,58$; $DP = 2,11$). No entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos nem nestes, nem nos restantes fatores. A idade encontra-se relacionada com o fator sentir que a vida teve sentido de forma negativa, fraca, mas

estatisticamente significativa ($r(78) = -0,23$, $p < 0,05$), o que sugere uma associação entre a evolução da idade e uma menor importância atribuída ao sentido de vida.

Quadro 5

Relação entre o sexo, a idade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspectiva dos profissionais de saúde

Fatores	Sexo masculino ($n = 12$)		Sexo feminino ($n = 66$)		$t (gl) p$	Idade r
	$M (DP)$	Min-Máx	$M (DP)$	Min-Máx		
Ausência de dor	9,75 (0,62)	8-10	9,91 (0,38)	8-10	-	0,08 ns
Estar em paz com Deus	7,58 (2,11)	5-10	7,05 (1,84)	4-10	0,91 (76) ns	0,10 ns
Ter a presença da família	9,50 (0,80)	8-10	9,14 (1,25)	5-10	-	- 0,09 ns
Estar consciente	7,75 (1,82)	5-10	6,67 (2,21)	0-10	1,60 (76) ns	0,17 ns
Ver as suas opções de trat. seg.	8,50 (1,45)	6-10	8,33 (1,71)	4-10	0,32 (76) ns	- 0,04 ns
Ter as finanças em ordem	5,25 (3,55)	0-10	6,88 (2,11)	0-10	-1,54 (12,45) ns	0,03 ns
Sentir que a vida teve sentido	9,50 (0,91)	7-10	9,14 (1,34)	4-10	-	- 0,23 *
Resolver conflitos	9,17 (1,40)	6-10	9,24 (1,08)	5-10	-	- 0,20 ns
Morrer em casa	6,58 (2,31)	4-10	7,14 (1,96)	1-10	- 0,87 (76) ns	- 0,12 ns

Nota. ns - correlação não significativa: * $p < 0,05$

As mulheres obtiveram médias ligeiramente superiores em ter as finanças em ordem ($M = 6,88$; $DP = 2,11$) e morrer em casa ($M = 7,14$; $DP = 1,96$). Os homens pontuaram acima quanto à importância de estar consciente ($M = 7,75$; $DP = 1,82$) e de estar em paz com Deus ($M = 7,58$; $DP = 2,11$). No entanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre sexos nem nestes, nem nos restantes fatores. A idade encontra-se relacionada com o fator sentir que a vida teve sentido de forma negativa, fraca, mas estatisticamente significativa ($r(78) = -0,23$, $p < 0,05$), o que sugere uma associação entre a evolução da idade e uma menor importância atribuída ao sentido de vida.

Como é possível verificar no quadro 6, as médias atribuídas por profissionais de saúde de diferentes estados civis foram próximas na maior parte dos casos. A ausência de dor e resolver conflitos foram os fatores que obtiveram as médias mais elevadas. Os grupos com maior dimensão apresentaram apenas uma ligeira diferença de médias quanto a estar em paz com Deus e estar consciente. Os solteiros ($n = 39$) obtiveram uma pontuação mais elevada no primeiro caso ($M = 7,46$; $DP = 1,93$), e os casados ($n = 34$) no segundo ($M = 7,12$; $DP = 2,04$). Ambos distinguem-se dos restantes grupos pela maior importância atribuída ao morrer em casa, sentir que a vida teve sentido e ver as suas opções de tratamento seguidas.

Os profissionais de saúde divorciados/separados ($n = 3$) atribuíram uma média de importância inferior a ter a presença da família ($M = 7,00$; $DP = 2,25$) e a ver as suas opções de tratamento seguidas ($M = 6,33$; $DP = 1,53$), ao passo que o único profissional de saúde viúvo concedeu o nível máximo de importância a ter as finanças em ordem e pontua 9 quanto à importância de estar consciente.

Quadro 6

Relação entre o estado civil e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	Solteiros (n = 39)			Casados/União de facto (n = 34)		Divorciado/Separado (n = 3)		Viúvo (n = 1)	
	M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
1	9,87 (0,47)	8-10		9,88 (0,41)	8-10	10,00 (0,00)	10-10	10	-
2	7,46 (1,93)	5-10		6,76 (1,76)	4-10	7,33 (2,52)	5-10	5	-
3	9,36 (1,04)	6-10		9,18 (1,09)	6-10	7,00 (2,65)	5-10	9	-
4	6,51 (2,33)	0-10		7,12 (2,04)	4-10	6,33 (1,53)	5-8	9	-
5	8,56 (1,37)	4-10		8,26 (1,91)	4-10	6,33 (1,53)	5-8	8	-
6	6,67 (2,68)	0-10		6,41 (2,19)	0-10	6,67 (1,53)	5-8	10	-
7	9,26 (1,45)	4-10		9,26 (0,90)	7-10	8,67 (0,58)	8-9	5	-
8	9,21 (1,36)	5-10		9,24 (0,89)	7-10	9,33 (0,58)	9-10	9	-
9	7,08 (2,13)	1-10		7,18 (1,96)	4-10	5,67 (0,58)	5-6	5	-

Legenda: 1- Ausência de dor; 2- Estar em paz com Deus; 3- Ter a presença da família; 4- Estar consciente; 5- Ver as suas opções de tratamento seguidas; 6- Ter as finanças em ordem; 7- Sentir que a vida teve sentido; 8- Resolver conflitos; 9- Morrer em casa

A relação entre a escolaridade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde é apresentada no Quadro 7. A observação dos dados permite verificar que a média mais elevada foi atribuída à ausência de dor pelos diferentes grupos. Notou-se uma disparidade relativamente às pontuações mais baixas, imputadas a ter as finanças em ordem para os profissionais com bacharelato ($M = 5,00$; $DP = 5,00$) e licenciatura ($M = 6,72$; $DP = 2,30$), e ao morrer em casa para os profissionais de saúde com mestrado ($M = 5,64$; $DP = 1,36$). Estar consciente foi o fator que apresentou maior disparidade entre grupos com uma média de 8,67 ($DP = 2,31$), 6,94 ($DP = 2,03$) e 5,73 ($DP = 2,65$), deslocando-se para níveis inferiores de importância com níveis de escolaridade mais elevados, situação idêntica foi verificada relativamente ao morrer em casa.

Os profissionais de saúde com mestrado ($n = 11$) atribuíram uma maior importância a estar em paz com Deus ($M = 7,45$; $DP = 2,02$) e a resolver conflitos ($M = 9,82$; $DP = 0,41$). Os que possuíam menor nível de escolaridade ($n = 3$) colocaram a ausência de dor, ter a presença da família e sentir que a vida teve sentido como extremamente importantes ($M = 10,00$; $DP = 0,00$), e ter as finanças em ordem como um aspeto neutro ($M = 5,00$; $DP = 5,00$).

Quadro 7

Relação entre a escolaridade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	Bacharelado (n = 3)		Licenciatura ou Mest. Int. (n = 64)		Mestrado (n = 11)		F (gl) p
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	
Ausência de dor	10,00 (0,00)	10-10	9,86 (0,47)	8-10	10,00 (0,00)	10-10	-
Estar em paz com Deus	6,67 (2,89)	5-10	7,09 (1,83)	4-10	7,45 (2,02)	5-10	-
Ter a presença da família	10,00 (0,00)	10-10	9,22 (1,02)	6-10	8,82 (2,04)	5-10	-
Estar consciente	8,67 (2,31)	6-10	6,94 (2,03)	2-10	5,73 (2,65)	0-10	-
Ver suas opções de trat. seg.	9,33 (1,16)	8-10	8,28 (1,67)	4-10	8,55 (1,81)	5-10	-
Ter as finanças em ordem	5,00 (5,00)	0-10	6,72 (2,30)	0-10	6,55 (2,51)	2-10	0,72 (2,75) ns
Sentir que vida teve sentido	10,00 (0,00)	10-10	9,08 (1,36)	4-10	9,64 (0,67)	8-10	-
Resolver conflitos	9,67 (0,58)	9-10	9,11 (1,20)	5-10	9,82 (0,41)	9-10	-
Morrer em casa	8,00 (2,65)	5-10	7,25 (2,00)	1-10	5,64 (1,36)	4-9	-

Nota. ns - diferença de médias estatisticamente não significativa

No quadro 8 estão expostos os dados descritivos relativos à importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente segundo a opinião de diferentes profissionais de saúde.

Quadro 8

Relação entre a profissão e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	Médico(a) (n = 12)		Enfermeiro(a) (n = 56)		Assistente social (n = 2)	
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
Ausência de dor	9,83 (0,39)	9-10	9,88 (0,47)	8-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar em paz com Deus	7,33 (1,72)	5-10	7,07 (1,96)	4-10	5,50 (0,71)	5-6
Ter a presença da família	8,75 (1,49)	5-10	9,18 (1,19)	6-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar consciente	6,42 (1,68)	5-9	6,73 (2,32)	0-10	9,00 (1,41)	8-10
Ver opções de tratamento seguidas	7,58 (1,78)	5-10	8,48 (1,67)	4-10	9,00 (1,41)	8-10
Ter as finanças em ordem	6,92 (1,56)	5-10	6,39 (2,62)	0-10	8,00 (0,00)	8-8
Sentir que a vida teve sentido	8,08 (2,15)	4-10	9,34 (0,98)	6-10	9,00 (1,41)	6-10
Resolver conflitos	8,67 (1,50)	5-10	9,29 (1,07)	5-10	9,00 (1,41)	8-10
Morrer em casa	5,42 (1,73)	1-8	7,34 (1,98)	4-10	9,00 (1,41)	8-10

Fatores	Psicólogo(a) (n = 4)		Outros (n = 4)	
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
Ausência de dor	10,00 (0,00)	10-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar em paz com Deus	8,00 (0,82)	7-9	7,25 (2,22)	5-10
Ter a presença da família	9,50 (0,58)	9-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar consciente	8,00 (2,16)	5-10	7,25 (0,96)	6-8
Ver opções de tratamento seguidas	8,25 (1,50)	6-9	8,75 (1,50)	7-10
Ter as finanças em ordem	7,00 (2,45)	4-9	8,00 (2,31)	6-10
Sentir que a vida teve sentido	9,75 (0,50)	9-10	10,00 (0,00)	10-10
Resolver conflitos	9,75 (0,50)	9-10	9,75 (0,50)	9-10
Morrer em casa	6,75 (1,89)	4-8	7,25 (1,50)	5-8

A observação do quadro 8 permite constatar que a ausência de dor obteve a média mais elevada entre todos os grupos, que lhe atribuíram 10 como valor mínimo, à exceção dos médicos ($n = 12$) e enfermeiros ($n = 56$) com 9 e 8, respetivamente. Os profissionais destas duas categorias também apresentaram pontuações inferiores aos restantes grupos nos fatores estar consciente, com médias de 6,42 ($DP = 1,68$) e 6,73 ($DP = 2,32$), e ter as finanças em ordem, com 6,92 ($DP = 1,56$) e 6,39 ($DP = 2,62$), respetivamente. Estar em paz com Deus foi avaliado com uma média superior por psicólogos ($M = 8,00$; $DP = 0,82$) e inferior por assistentes sociais ($M = 5,50$; $DP = 0,71$). Os assistentes sociais ($n = 2$) e os profissionais de outras categorias ($n = 4$) consideraram a ausência de dor e a presença da família como extremamente importantes para o bem-estar dos doentes. Este último grupo acrescentou ainda o sentir que a vida teve sentido ao conjunto dos que obtiveram pontuação máxima.

Os médicos distinguiram-se dos restantes profissionais pela apresentação de médias inferiores no que respeita a ter a presença da família ($M = 8,75$; $DP = 1,49$), resolver conflitos ($M = 8,67$; $DP = 1,50$), sentir que a vida teve sentido ($M = 8,08$; $DP = 2,15$), ver as suas opções de tratamento seguidas ($M = 7,58$; $DP = 1,78$) e morrer em casa ($M = 5,42$; $DP = 1,73$). Os fatores considerados menos importantes foram o morrer em casa na opinião de médicos, psicólogos e “outros”, e estar em paz com Deus, para assistentes sociais e enfermeiros.

O quadro 9 mostra a relação entre o tempo de serviço em CP e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde. A sua observação permite constatar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os

grupos relativamente ao fator morrer em casa ($F(4,72)=2,93, p < 0,05$).

Quadro 9

Relação entre o tempo de serviço em CP e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	< 1 ano (<i>n</i> = 15)		1-5 anos (<i>n</i> = 35)		6-10 anos (<i>n</i> = 14)	
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Min-Máx</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Min-Máx</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Min-Máx</i>
Ausência de dor	9,87 (0,52)	8-10	9,83 (0,51)	8-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar em paz com Deus	6,73 (1,62)	5-9	7,34 (1,80)	5-10	6,64 (2,37)	4-10
Ter a presença da família	9,67 (0,82)	7-10	9,11 (1,35)	5-10	9,43 (0,76)	8-10
Estar consciente	6,53 (1,73)	5-10	6,86 (2,53)	0-10	7,36 (2,21)	4-10
Ver opções de tratamento seguidas	8,67 (1,54)	5-10	8,43 (1,58)	6-10	8,29 (1,82)	4-10
Ter as finanças em ordem	6,40 (2,50)	1-10	7,06 (2,61)	0-10	5,93 (2,59)	0-10
Sentir que a vida teve sentido	9,60 (0,74)	8-10	9,34 (0,87)	7-10	8,93 (1,73)	5-10
Resolver conflitos	9,27 (1,39)	5-10	9,34 (0,94)	5-10	9,29 (0,99)	7-10
Morrer em casa	7,33 (1,84)	5-10	7,23 (1,94)	4-10	7,57 (1,91)	5-10
	11-15 anos (<i>n</i> = 10)		> 15 anos (<i>n</i> = 3)		<i>F</i> (<i>gl</i>) <i>p</i>	
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Min-Máx</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Min-Máx</i>		
Ausência de dor	10,00 (0,00)	10-10	9,67 (0,58)	9-10	-	
Estar em paz com Deus	7,70 (1,57)	5-10	6,67 (2,89)	5-10	-	
Ter a presença da família	8,80 (1,55)	6-10	8,00 (0,00)	8-8	-	
Estar consciente	6,40 (1,71)	5-9	7,67 (1,16)	7-9	-	
Ver opções de tratamento seguidas	8,50 (1,90)	5-10	6,00 (1,00)	5-7	-	
Ter as finanças em ordem	6,10 (1,60)	4-9	8,00 (1,00)	7-9	-	
Sentir que a vida teve sentido	8,40 (2,17)	4-10	9,33 (0,58)	9-10	-	
Resolver conflitos	9,10 (1,52)	5-10	8,00 (1,00)	7-9	-	
Morrer em casa	5,20 (2,10)	1-9	8,00 (1,00)	7-9	2,93 (4,72) *	

Nota. * $p < 0,05$

Embora o teste *Scheffé* de comparações múltiplas não situe as diferenças em nenhum dos grupos, as médias superiores foram encontradas nos profissionais de saúde com mais de 15 anos de tempo de serviço em CP ($M = 8,00$; $DP = 1,00$), e inferiores nos profissionais de saúde com 11 a 15 anos de exercício nesta área ($M = 5,20$; $DP = 2,10$). Os profissionais de saúde com pouco tempo de serviço em CP (até 5 anos) apresentaram médias ligeiramente inferiores relativamente à importância da ausência de dor, sucedendo o mesmo nos que possuíam mais de 15 anos de tempo de serviço; contudo, este manteve-se como o fator com a média mais elevada entre todos os grupos.

Ter a presença da família apresentou médias inferiores nos grupos com 11 a 15 anos ($M = 8,80$; $DP = 1,55$) e mais de 15 anos ($M = 8,00$; $DP = 0,00$). O grupo com maior tempo de serviço em CP também apresentou médias inferiores no que concerne a ver as suas opções de tratamento seguidas ($M = 6,00$) e a resolver conflitos ($M = 8,00$); e superiores relativamente a ter as finanças em ordem ($M = 8,00$; $DP = 1,00$).

Os resultados aferidos pelo teste *F* da *one way ANOVA*, exibidos no quadro 10, apontam para a igualdade de médias nos fatores importantes para o bem-estar do doente entre os profissionais de saúde que avaliam a importância da fé de forma distinta. Os profissionais que consideraram a fé nada importante ($n = 8$) obtiveram médias inferiores nos fatores estar em paz com Deus ($M = 6,13$; $DP = 1,36$) e ter a presença da família ($M = 8,88$; $DP = 1,13$). Oito vírgula oitenta e oito foi a média atribuída à importância de sentir que a vida teve sentido pelos profissionais que consideraram a fé importante ($n = 34$) e pelos que não lhe conferiram importância alguma ($n = 8$), mas são os profissionais de saúde que observaram a fé como muito importante ($n = 36$) que maior relevância atribuíram a este aspeto ($M = 9,56$; $DP =$

0,74). Este grupo também apresentou uma média superior nos fatores resolver conflitos ($M = 9,44$; $DP = 1,03$) e morrer em casa ($M = 7,19$; $DP = 2,10$). Relativamente a estar consciente ($M = 6,50$; $DP = 2,43$), foram o grupo que menor importância lhe atribuiu.

Quadro 10

Relação entre a importância da fé e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde

Fatores	Nada importante ($n = 8$)		Importante ($n = 34$)		Muito importante ($n = 36$)		<i>F (gl) p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	
Ausência de dor	9,38 (0,92)	8-10	9,91 (0,38)	8-10	9,97 (0,17)	9-10	-
Estar em paz com Deus	6,13 (1,36)	5-8	6,97 (1,95)	4-10	7,50 (1,84)	5-10	2,03 (2,75) ns
Ter a presença da família	8,88 (1,13)	7-10	9,12 (1,15)	6-10	9,33 (1,27)	5-10	0,59 (2,75) ns
Estar consciente	7,25 (1,49)	6-10	7,09 (2,02)	4-10	6,50 (2,43)	0-10	0,80 (2,75) ns
Ver suas opções de trat. seg.	8,88 (1,13)	7-10	8,53 (1,81)	4-10	8,08 (1,61)	4-10	1,06 (2,75) ns
Ter as finanças em ordem	6,38 (1,60)	4-9	6,82 (2,46)	0-10	6,50 (2,59)	0-10	0,20 (2,75) ns
Sentir que vida teve sentido	8,88 (0,84)	7-10	8,88 (1,68)	4-10	9,56 (0,74)	7-10	-
Resolver conflitos	8,88 (0,64)	8-10	9,09 (1,29)	5-10	9,44 (1,03)	5-10	1,33 (2,75) ns
Morrer em casa	7,00 (1,77)	5-9	6,91 (2,02)	1-10	7,19 (2,10)	4-10	0,17 (2,75) ns

Nota. ns - Diferença de médias não significativa

DISCUSSÃO

A amostra de profissionais de saúde foi composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e outros. A sua formação de base é obviamente distinta e, muitas vezes, também a filosofia subjacente à sua prática. Os enfermeiros foram preparados ao longo da sua formação para o ato de “cuidar”, enquanto a ênfase na formação pré-graduada dos médicos é colocada no “curar”. Este aspeto aliado à maior proximidade que estabelecem junto de doentes e famílias justifica o seu interesse por questões mais humanas, e possivelmente uma maior sensibilidade pelo domínio dos CP. A prevalência de enfermeiros na amostra de profissionais de saúde encontra justificação nestas questões, e na sua sobre-representação nos cuidados de saúde em geral, pelo que os CP não são exceção.

Em Portugal existe – inclusivamente nas faculdades de medicina – uma crescente oferta formativa pós-graduada em CP, destinada a diferentes profissionais de saúde (Marques et al., 2009). No entanto, o facto de ainda não ser uma especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos pode contribuir para a pouca afluência de profissionais de medicina aos CP, especialmente os mais novos que provavelmente optam por concluir a sua formação em especialidades reconhecidas. Deste modo, é perceptível que a média de idades dos médicos tenha sido significativamente superior à de outros profissionais, particularmente dos enfermeiros.

Atendendo à juventude dos CP no nosso país, é compreensível que a maioria dos profissionais de saúde possua apenas 1 a 5 anos de tempo de serviço. Era expectável que estes profissionais sentissem uma maior necessidade em aumentar a sua formação nesta área, nomeadamente ao nível de mestrado. Porém, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o tempo de serviço e a escolaridade, que para 82,1% da amostra situou-se ao nível da licenciatura ou mestrado integrado.

Os profissionais de saúde perspetivaram o bem-estar do doente como elevado. Não há evidência que esta apreciação tenha sido influenciada por alguma variável sociodemográfica. O grau de importância atribuído aos diferentes fatores analisados variou entre o elevado e o

extremamente importante. A ausência de dor foi apontada como extremamente importante, no entanto, verificou-se uma maior divergência nas pontuações dos enfermeiros e médicos. É provável que a menor importância atribuída por estes profissionais advinha da sua experiência ao nível do controlo sintomático. A resposta a este item pode ter sido apoiada no conhecimento de uma multiplicidade de sintomas mais difíceis de controlar ou potencialmente mais incómodos que a dor, como a fadiga e a dispneia, respetivamente.

Com uma pontuação muito elevada surge o resolver conflitos, seguido de ter a presença da família e sentir que a vida teve sentido, ambos com a mesma média ($M = 9,19$). A importância deste último fator pode ser explicada pela idade, tendo sido verificada uma propensão para os profissionais de saúde mais novos atribuírem-lhe um grau de importância superior. A espiritualidade permaneceu intratada em CP por muito tempo, apesar da sua reconhecida importância para os doentes e famílias (Nolan, Saltmarsh, & Leget, 2011). Os profissionais mais novos poderão ter uma maior abertura para este tema (cada vez mais estudado), onde se insere o sentido de vida.

Por outro lado, é possível que os profissionais com mais idade apresentem uma maior relutância pelo confronto com a sua própria finitude, ou pela ocorrência de experiências de perda anteriores que tenham sido mal integradas. O distanciamento das questões da morte e do morrer e consequente alheamento do questionamento espiritual pode levar os profissionais de saúde à desvalorização deste fator, pelo negar da sua importância nas suas próprias vidas, projetando-a no doente; ou simplesmente, pela incapacidade de abordar o assunto, pelo receio de impor o seu sistema de crenças (Mitchell, Murray, Wilson, Hutch, & Meredith, 2010).

Ver as suas opções de tratamento seguidas, estar em paz com Deus e morrer em casa também foram apontados como muito importantes. Morrer em casa recebeu uma pontuação superior pelos profissionais de saúde com maior prática em CP. O maior tempo de serviço faz com que eles tenham um leque mais diversificado de situações para ponderar, antes de responderem ao grau de importância de determinado fator para “o bem-estar dos seus doentes”. Uma revisão sistemática acerca do local de morte preferido sustenta a sua opinião ao concluir que o domicílio é apontado como lugar de eleição na maioria dos estudos efetuados (Bell, Somogyi-Zalud, & Masaki, 2010).

Os fatores que menos contribuíram para o bem-estar do doente na perspetiva dos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, foram o estar consciente e ter as finanças em ordem.

Uma possível justificação do relegar a questão económica para último lugar é o facto de esta temática (à exceção dos assistentes sociais) exceder as competências dos profissionais de saúde. É igualmente provável que os doentes se sintam mais confortáveis a revelar as suas queixas sintomáticas, necessidades familiares ou até mesmo espirituais, do que os seus problemas económicos. Deste modo, os profissionais podem ignorar tratar-se de uma questão importante ou considerar que ultrapassa o seu domínio de ação.

Diferentemente dos restantes profissionais de saúde, médicos e enfermeiros lidam diretamente na gestão de sintomas refratários – e conhecem bem a premência da sedação paliativa nessas situações de extremo sofrimento físico e muitas vezes existencial –, sendo este um argumento válido para a menor importância que atribuíram à manutenção da consciência. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de diferentes regiões relativamente a este fator, que foi considerado mais importante pelos profissionais de saúde da região Centro.

Esta região é menos desenvolvida e apresenta as suas especificidades culturais. Observa-se, frequentemente, um padrão de interação de maior proximidade entre as pessoas do interior. Assim, é possível que os doentes desta região queiram assegurar a manutenção dos seus

relacionamentos interpessoais até ao fim da vida, e os profissionais de saúde, conhecendo melhor os seus doentes (pela dimensão mais reduzida dos seus serviços), tenham indicado tratar-se de uma questão muito importante para os mesmos. Os fatores importantes para o bem-estar do doente relacionaram-se de forma significativa apenas com três variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde: idade, região e tempo de serviço.

Os resultados indicam que o valor atribuído aos fatores estar em paz com Deus, estar consciente, ver as suas opções de tratamento seguidas, ter as finanças em ordem, e morrer em casa não se deve à maior ou menor experiência dos profissionais de saúde na prestação de CP. Pode, no entanto, relacionar-se com outras variáveis, como a categoria profissional, sendo necessário mais dados para esclarecer esta situação.

Os CP prestam cuidados globais, ativos e especializados aos doentes. Atuam no controlo de sintomas e respondem às suas múltiplas necessidades, ajudando-os a lidar com as problemáticas da doença, a sua progressão e preparação para a morte. Apesar do sofrimento que estas situações podem desencadear, o seu enfoque é numa perspetiva positiva, pretendendo auxiliar o doente a viver bem até ao final dos seus dias.

A sua intervenção destina-se à melhoria do seu bem-estar, no qual as pessoas equipa de CP desempenham um papel fundamental. Esta investigação teve por fim a compreensão do bem-estar do doente seguido em CP de acordo com a perspetiva dos profissionais de saúde. Os objetivos de caracterização do nível de bem-estar e dos fatores preponderantes para o maximizar foram cumpridos.

Conclui-se que o bem-estar do doente seguido em CP é apreciado como elevado pelos profissionais de saúde que os acompanham. A região, a idade e o tempo de serviço influenciam a apreciação dos fatores promotores de bem-estar. Os nove fatores em estudo foram considerados importantes pelos profissionais de saúde com primazia para a ausência de dor, resolver conflitos, ter a presença da família e sentir que a vida teve sentido – apontados como extremamente importantes.

Sugere-se que estudos futuros incluam profissionais que se encontrem noutros contextos como equipas intra-hospitalares de suporte e equipas de suporte comunitárias, com vista à comparação dos resultados com o presente estudo e sua generalização à população de profissionais de saúde que trabalham em CP. Por outro lado, a adoção de uma abordagem qualitativa poderá permitir compreender melhor o raciocínio por detrás da opinião dos profissionais de saúde quanto ao nível de bem-estar dos seus doentes, assim como explorar o significado que atribuem aos fatores importantes para o maximizar.

REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013a). *Palliative Care a Human Right: Carta de Praga*. Retirado em 21 de março de 2013, de <http://www.apcp.com.pt/uploads/cartadepraga.pdf>.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013b). *Equipas de Cuidados Paliativos*. Retirado em 28 de junho de 2013, de <http://www.apcp.com.pt/cuidadospaliativos/equipasdecuidadospaliativos.html>.
- Bell, C. L., Somogyi-Zalud, E., & Masaki, K. H. (2010). Factors Associated with Congruence Between Preferred and Actual Place of Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 591-604. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.07.007
- Bergman, J., Fink, A., Kwan, L., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2011). Spirituality and end-of-life care in disadvantaged men dying of prostate cancer. *World Journal of Urology*, 29, 43-49. doi:10.1007/s00345-010-0610-y

- Capelas, M. L. (2009). Cuidados paliativos: Uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2, 51-57. Retirado de http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf
- Cohen, S. R., Boston, P., Mount, B. M., & Porterfield, P. (2001). Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine*, 15, 363-371. doi:10.1191/026921601680419401
- Cramer, C. F. (2010). To Live Until You Die: Quality of Life at the End of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 53-56. doi:10.1188/10.CJON.53-56
- Echteld, M. A., Deliens, L., Ooms, M. E., Ribbe, M. W., & Van der Wal, G. (2005). Quality of life change and response shift in patients admitted to palliative care units: A pilot study. *Palliative Medicine*, 19, 381-388. doi:10.1191/0269216305pm1029oa
- Espinar Cid, V. (2012). Los Cuidados Paliativos: Acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuadernos de Bioética*, 23, 169-176. Retirado de <http://aebioetica.org/revistas/2012/23/77/169.pdf>.
- Foley, G., O'Mahony, P., & Hardiman, O. (2007). Perceptions of quality of life in people with ALS: Effects of coping and health care. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 8, 164-169. doi:10.1080/17482960601164532
- Lipsman, N., Skanda, A., Kimmelman, J. & Bernstein, M. (2007). The attitudes of brain cancer patients and their caregivers towards death and dying: a qualitative study. *BioMed Central Palliative Care*, 6. doi:10.1186/1472-684X-6-7
- Lloyd, L. (2000). Dying in old age: Promoting well-being at the end of life. *Mortality*, 5, 171-188. doi:10.1080/713686000
- Mcdowell, I. (2010). Measures of self-perceived well-being. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 69-79. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.07.002
- Mckechnie, R., Macleod, R., & Keeling, S. (2007). Facing uncertainty: The lived experience of palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 5, 255-264. doi:10.1017/S1478951507000429
- Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient Care*, 14, 32-38. Retirado de: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- Mitchell, G., Murray, J., Wilson, P., Hutch, R., & Meredith, P. (2010). “Diagnosing” and “Managing” spiritual distress in palliative care: Creating an intellectual framework for spirituality useable in clinical practice. *Australasian Medical Journal*, 3, 364-369. doi:10.4066/AMJ.2010.338
- Neto, I. G. (2010a). O que são os Cuidados Paliativos. In I. G. Neto (Ed.), *Cuidados Paliativos* (pp. 13-25). Lisboa: Alêtheia.
- Neto, I. G. (2010b). Palliative care development is well under way in Portugal. *European Journal of Palliative Care*, 17, 278-281. Retirado de http://www.haywardpublishing.co.uk/ejpc_.aspx
- Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *European Journal of Palliative Care*, 18, 86-89. Retirado de http://www.haywardpublishing.co.uk/ejpc_.aspx
- Olthuis, G., & Dekkers, W. (2005). Quality of life considered as well-being: Views from philosophy and palliative care practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 307-337. doi:10.1007/s11017-005-4487-5
- Portugal. Lei n.º 52/2012. *D.R. I Série*. 172 (05-09-12) 5119-5124.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M., McIntyre, L., & Tulsky, J. (2000a). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2476-2482.

doi:10.1001/jama.284.19.2476

Steinhauser, K. E., Clipp, E. C., McNeilly, M., Christakis, N. A., McIntyre, L., & Tulsky, J. (2000b). In search of a good death: Observations of patients, families, and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132, 825-832. doi:10.7326/0003-4819-132-10-200005160-00011

Thompson, G. N., & Chochinov, H. M. (2008). Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 2, 49-53. doi:10.1097/SPC.0b013e3282f4cb15

World Health Organization (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Retirado em 28 de dezembro de 2008, de <http://www.who.int/cancer/palliative/en>.

SEPARAÇÃO CONJUGAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS

Joaquim Hudson Ribeiro 1, Selma Perdomo  1, Fernanda Farias de Castro 1, Maria de Nazaré Ribeiro 1, Elen Fatima Souza 1, Edvania Oliveira 2, Cleisiane Diniz 2 e Orlando Barbosa 3

1-Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas – ESA/UEA, Manaus – Amazonas, Brasil; 2-Curso de Psicologia da Faculdade Martha Falcão, Manaus-Amazonas, Brasil; 3Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus – Amazonas, Brasil

O envelhecimento da população mundial é uma realidade que gera inúmeros desafios na atualidade, despertando assim o interesse de diversos pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, especialmente no que diz respeito ao processo saúde-doença (Lourenço & Veras, 2010; Panhoca & Pupo, 2010; Saldanha & Caldas, 2004; Santos & Pavarino, 2011). De um modo geral, a presença de doença no idoso é constante, considerando os altos índices de morbidades crônicas como a hipertensão, diabetes, osteoporose, cardiopatias e depressão. Porém, dentre os vários transtornos que afetam idosos em todo mundo, a depressão, considerada o mal do século, merece uma atenção especial (Oliveira, et al., 2006; Santana & Barbosa Filho, 2007; Siqueira & Vasconcelos, 2009).

No mundo as taxas de prevalência de depressão entre idosos variam entre 5% e 35%, quando consideramos as diferentes formas e a gravidade da depressão (Penninx, et al., 2000; Veras, 1999). No Brasil, estima-se que 15% dos idosos apresentam sintomatologia depressiva, sendo que 4% dos idosos tem depressão severa depressiva (Baptista, et al., 2006; Silberman, et al., 1995). Não poderia ser diferente, uma vez que devido à sua alarmante incidência em todo o mundo, a depressão tem sido bastante estudada, pesquisada e discutida (Dawson & Tylee, 2001; Ehrenberger, 2000; Lima, 1999; Moreira & Freire, 2003).

Com frequência, na pessoa idosa, a depressão é secundária a outras patologias, como neoplasias, doença de Parkinson, demência, diabetes ou ao uso de medicamentos, como anti-hipertensivos, corticosteróides, entre outros (Moreira & Freire, 2003). Associado a estes fatores encontram-se as perdas como: encerramento da vida profissional, fim da reprodutiva, diminuição da renda, do poder e morte dos amigos ou entes queridos.

Ao considerarmos que a depressão pode interferir na qualidade de vida dos idosos a promoção da saúde dos mesmos deveria, portanto, estar focada nas transformações comportamentais dos indivíduos, estilo de vida, relações familiares, cultura, lazer, padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico adequado que também pudesse evitar tão alarmante aumento do número de casos de depressão entre idosos (Brasil, 2007; Neves, 2006; Saldanha & Caldas, 2004). Nesse sentido, é necessário o conhecimento sobre depressão em idosos para identificar as alterações normais e diferenciá-las das mórbidas,

 Selma Barboza Perdomo, Av. Visconde Porto Seguro, 500; Condomínio Ilha do Sol, casa 7, CEP: 69058-090, Manaus – Amazonas Brasil; e-mail: selmaperdomo@hotmail.com

priorizando o diagnóstico precoce e fidedigno, possibilitando orientar intervenções adequadas, promovendo a diminuição dos fatores de risco associados à depressão e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Gonçalves, et al., 2008). Além do mais, Lima (2002) afirma que estudos epidemiológicos conduzidos nas últimas duas décadas têm proporcionado uma compreensão mais ampla da ocorrência e do curso dos transtornos mentais, além de permitir que se avaliem conseqüências diretas e indiretas das doenças, como prejuízo no funcionamento individual, familiar e social. Segundo ele, essas informações servem como uma base para decisões políticas em saúde mental, bem como para a avaliação do acesso à assistência médica e uso de serviços de saúde.

Após leituras sobre o assunto, encontramos poucas pesquisas que correlacionavam as variáveis depressão e separação/divórcio entre os idosos. Alguns estudos que encontramos apontam que entre os inúmeros desafios gerados na atualidade por conta do aumento do número de depressão entre idosos solitários (viúvos e separados/divorciados), existe nesse grupo, uma maior ocorrência de depressão (Andrade, et al., 2010; Gonçalves, et al., 2008; Koropecj-Cox, 1998; Siqueira & Vasconcelos, 2009). A separação entre casais de idosos é considerada fator predisponente à depressão de um ou ambos os cônjuges (Koropecj-Cox, 1998; Penninx, et al., 2000).

Para se ter uma ideia da importância de estudar esse assunto, no Brasil, o divórcio na terceira idade tem crescido mais do que o número geral de separações e divórcios em outras faixas etárias. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), nunca os brasileiros se divorciaram tanto. Em 2011, o país registrou 351 mil divórcios, um aumento de 46% em relação a 2010. Segundo o levantamento Registro Civil 2011, feito anualmente pelo IBGE, o ano passado registrou o maior número de separações judiciais da história do país. Desse total, o IBGE afirma que o número de pessoas que decidiram encerrar seus relacionamentos após os 60 anos passou de 14,3 mil para 25,5 mil no mesmo período — um aumento de 79%.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar os indicadores de depressão entre idosos cadastrados na Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas (UnATI -UEA) e identificar se há indicadores de depressão entre idosos separados. Desse modo, pretendemos com essa pesquisa colaborar com novas investigações sobre a temática em foco.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, onde a população foi constituída de 583 idosos ($N=583$), com amostra de 330 ($N=330/56,6\%$), na faixa etária => de 60 anos, sendo 56 do sexo masculino (17%) e 274 do sexo feminino (83%), residentes na cidade de Manaus (AM, Brasil), participantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas (UnATI -UEA), que voluntariamente desejaram participar da pesquisa, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Material

Utilizou-se como instrumento para a coleta de dados a Escala de Depressão Geriátrica (EDG 15) na versão abreviada, composta de 15 questões objetivas (Sim e Não) para verificar a presença de quadro depressivo. A cada resposta positiva, soma-se um ponto sendo: de 0 a 5 pontos considerada normal; 6 a 10 pontos indica depressão leve e de 11 a 15 pontos depressão severa (Brasil, 2007). Foi ainda utilizado um questionário de entrevista semiestruturada

contendo questões focadas nas características socioeconômicas e demográficas, suporte social e estilo de vida.

Procedimento

Este estudo é parte de um projeto macro que realiza a Avaliação multidimensional dos idosos cadastrados da Universidade Aberta da Terceira Idade e se propõe a discutir o seguimento da presença de depressão entre idosos. Portanto, para este artigo considerou-se apenas um recorte de indicadores de depressão entre idosos separados. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Protocolo N° 134/10.

Com a permissão dos professores dos cursos livres da UnATI, os pesquisadores foram a cada sala de aula e agendaram 10 idosos por dia para serem entrevistados. Foi entregue no momento do agendamento um cartão informativo com data, hora e local da entrevista. As entrevistas ocorreram no mesmo dia em que os idosos frequentavam os cursos da UnATI, antes ou depois da aula. A cada dia formaram-se grupos de 10 idosos. Para estes foram explicados os objetivos da pesquisa e sua aplicabilidade no desenvolvimento de atividades de prevenção dos agravos mentais entre idosos, dentre os quais a depressão. Os idosos foram ainda motivados a compartilharem sobre o que sabiam do assunto por meio de uma roda de conversa.

Após a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG 15) e da entrevista semiestruturada, os dados receberam tratamento estatístico sendo que na análise das variáveis quantitativas quando os dados apresentavam normalidade ao nível de 5% de significância foi calculada a média e o desvio-padrão (DP), quando não satisfeita à hipótese de normalidade foi calculada a mediana e os quartis (Q_i). Já na análise dos dados categóricos foi calculado Intervalo de Confiança ao nível de 95% (IC95%) e aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson (Arango, 2001; Vieira, 2004). O software utilizado na análise foi o programa Epi-Info 3.5.3 para Windows, que é desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo CDC (www.cdc.gov/epiinfo) e o nível de significância fixado na aplicação dos testes foi de 5%. Os dados foram apresentados por meio de quadros e figuras.

RESULTADOS

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) e o Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003), considera-se idoso no Brasil as pessoas com ou acima de 60 anos. Pessoas abaixo desta faixa etária, como por exemplo, 55 anos são considerados, segundo Lourenço e Veras (2010) envelhecetes, ou seja, aqueles que estão se preparando para entrar na velhice.

Conforme o quadro 1, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas faixa etária, naturalidade, escolaridade, religião e estado civil, os resultados mostram que 58,5% (193) encontram-se na faixa de 60 a 65 anos; 21,2% (70) têm idade entre 65 e 70 anos; 13% (43) entre 70 e 75 anos; 5,5% (18) entre 75 e 80 anos; e apenas 1,8% (06) tem idade igual ou superior a 80 anos.

Com relação à naturalidade, 50,5%. (164) referiram ser da cidade de Manaus. Quanto à escolaridade apenas 0,6% (02) dos idosos declararam não possuir escolaridade; 28% (92) possuem segundo grau incompleto; 25,8% (85) possuem segundo grau completo; 16,1% (53) possuem ensino superior completo; 5,8% (19) cursaram nível superior mais não concluíram; e 23,7% (78) declararam ter primário/primeiro grau completo e/ou incompleto. Sobre a religião, houve predomínio de idosos que se declararam católicos com 71,8% (237), seguido pelos evangélicos 23% (76) e 5,2% (17) seguem outras religiões. Quanto ao estado civil, o estudo revelou que 39,4% (130) dos idosos são casados ou possuem união estável; 19,4% (64)

encontram-se solteiros; 24,8% (82) são viúvos; e 16,4% (54) são separados/divorciados.

Quadro 1

Distribuição segundo a Frequência das Variáveis Sociodemográficas dos Idosos Cadastrados na UnATI, Manaus – AM

Variáveis (N=330)	f_i	%
Idade		
60 --- 65	193	58,5
65 --- 70	70	21,2
70 --- 75	43	13,0
75 --- 80	18	5,5
80 --- 85	6	1,8
Média $\pm$ DP	64,3 $\pm$ 6,2	
Naturalidade		
Manaus	164	50,5
Demais municípios do Estado do Amazonas	86	26,1
Outros Estados	80	24,4
Escolaridade (n = 329)		
Nenhuma	2	0,6
Primário/ primeiro grau completo e incompleto	78	23,7
Segundo grau incompleto	92	28,0
Segundo grau completo	85	25,8
Superior incompleto	19	5,8
Superior completo	53	16,1
Religião		
Católico	237	71,8
Evangélico	76	23,0
Outra	17	5,2
Estado Civil		
Casado/União estável	130	39,4
Solteiro	64	19,4
Separado/Divorciado	54	16,4
Viúvo	82	24,8

f_i =frequência absoluta simples; DP=desvio-padrão

Os resultados apresentados na figura 1 mostra que 11,2% (37) dos idosos cadastrados apresentam dados indicativos de depressão. Ao analisarmos os dados do gráfico citados observamos que 10,9% (36) dos idosos foram identificados com dados indicativos de depressão leve ou moderada atingindo de 6 a 10 pontos na EDG-15. O estudo identificou apenas 0,3% (1) de idosos com dados indicativos de depressão severa, com pontuação entre 11 e 15 na EDG-15.

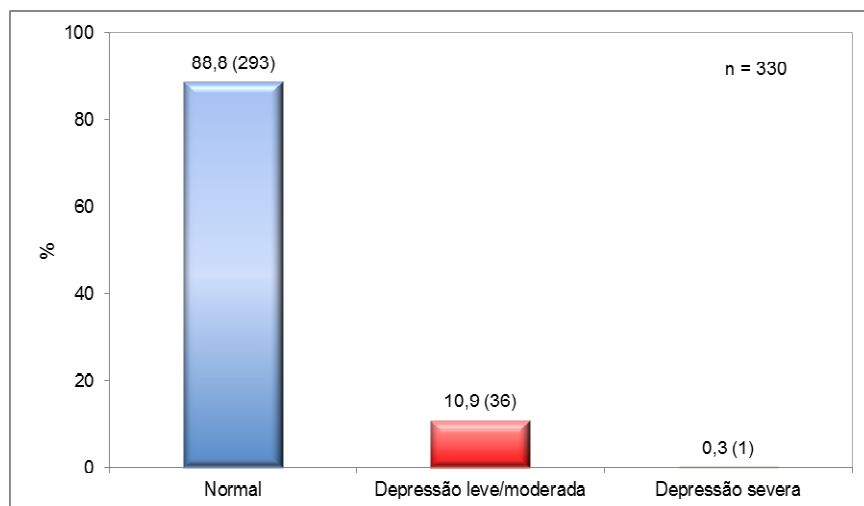


Figura 1

Distribuição segundo a frequência de idosos com indicadores depressão, cadastrados na UnATI, Manaus – AM

De acordo com o exposto no Gráfico 1 e no quadro 2 foram identificados dados indicativos de depressão em 12,4% (34/274) entre as idosas e de 5,4% (3/56) entre os idosos, com maior predominância para a faixa etária de 60 a 65 anos (28,6%). Diferença estatisticamente significativa ao nível de 5% da depressão em relação a média de idade ($p=0,035$), onde observou-se que as pessoas deprimidas apresentaram menor média de idade ($62,3 \pm 6,2$) em relação as não deprimidas ($64,6 \pm 6,2$).

Quadro 2

Distribuição segundo a Frequência das Variáveis Sociodemográficas dos idosos Cadastrados na UnATI/UEA em relação a Depressão, Manaus - AM

Variáveis (N=330)	Grupo					
	Normal		Com depressão		Total	p
	f _i	%	f _i	%		
Gênero						0.12
Masculino	53	94.6	3	5.4	56	
Feminino	240	87.6	34	12.4	274	
Idade						0.03
60 --- 65	169	172.4	24	27.6	193	
65 --- 70	64	91.4	6	8.6	70	
70 --- 75	37	86.0	6	14.0	43	
75 --- 80	17	94.4	1	5.6	18	
80 --- 85	6	100.0	-	-	6	
Média ± DP	64,6 ± 6,2		62,3 ± 6,2			
Escolaridade (n = 329)						0.26
Nenhuma/ primário/ primeiro grau completo e incompleto	71	88,8	9	11,2	80	
Segundo grau incompleto	80	87,0	12	13,0	92	
Segundo grau completo	81	95.3	4	4.7	85	
Superior incompleto	16	84.2	3	15.8	19	
Superior completo	45	84.9	8	15.1	53	

f_i =frequência absoluta simples; DP =desvio-padrão; Valor de p em **negrito itálico** indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

O quadro 3 mostra uma parcela significativa de idosos 11,2% com dados indicativos de depressão, com prevalência para o gênero feminino em 12,4% e para idosos

separados/divorciados em 22,2%. Foi constatada associação estatística em relação ao estado civil ($p=0,004$), onde identificamos que a proporção de separados/divorciados 22,2% (12/42) e solteiros 17,2% (11/53) com depressão foi maior que os casados/união estável 6,2% (8/122) e viúvos 7,3% (6/76).

Quadro 3

Distribuição segundo a Frequência das Variáveis Econômicas (Estado Civil, Trabalho e Renda) dos Idosos Cadastrados na UnATI/UEA em relação a Depressão, Manaus - AM

Variáveis (N=330)	Grupo				Total	p
	Normal		Com depressão			
	f _i	%	f _i	%		
Estado civil						0,004*
Casado/União estável	122	93,8	8	6,2	130	
Solteiro	53	82,8	11	17,2	64	
Separado/Divorciado	42	77,8	12	22,2	54	
Viúvo	76	92,7	6	7,3	82	
Trabalha atualmente						0,31*
Sim	102	86,4	16	13,6	118	
Não	191	90,1	21	9,9	212	
Renda familiar (R\$)						0,54***
Mediana		2.000,00		2.000,00		
Q ₁ /Q ₃		1.200/3650		1200/2750		

f_i =frequência absoluta simples; DP=desvio-padrão; * Teste do qui-quadrado de *Pearson*; ** Teste t de *Student* para comparação das médias; *** Teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Ao analisarmos idosos com dados indicativos de depressão relacionados aos que continuam inseridos no mercado de trabalho, observamos que 13,6% (16/102) dos idosos que continuam trabalhando apresentam depressão e que 9,9% (191) dos idosos que não trabalham apresentam dados indicativos de depressão. Para avaliar a renda familiar dos idosos com dados indicativos de depressão foi calculada uma mediana chegando ao valor de R\$ 2.000,00 (Q₁/Q₂ = 1.200,00/2.750,00) (Quadro 3).

DISCUSSÃO

A depressão é uma das síndromes mais comuns que acometem indivíduos idosos, onde os fatores biológicos e psicossociais são importantes na etiologia do surgimento desta doença (Lourenço & Veras, 2010; Neves, 2006; Saldanha & Caldas, 2004; Veras, 1999). Diversas vezes a depressão não é reconhecida como doença por familiares ou mesmo por profissionais de saúde que prestam cuidados as pessoas idosas. O diagnostico precoce é importantíssimo para evitar quadros depressivos com maior gravidade, pois indivíduos deprimidos podem cometer suicídio (Santana & Barbosa Filho, 2007; Siqueira & Vasconcelos, 2009).

No estudo de Santana e Barbosa Filho (2007), foi observado a prevalencia de depressão em idosos com baixa escolaridade de 21,4% e idosos com média escolaridade de 23,3%. Constatamos então que aos resultados do presente estudo estão abaixo dos valores encontrados pelo referido autor. Ainda no mesmo estudo 15,7% dos idosos com alta

escolaridade apresentaram dados indicativos de depressão, valores esses próximos aos encontrados em nossa pesquisa. Ao analisarmos esses resultados podemos supor que a baixa escolaridade de idosos é uma variável que deve ser considerada em estudos que procuram estudar a prevalência da depressão entre idosos. Porém, os dados encontrados em nossa pesquisa mostram que a porcentagem de idosos com dados indicativos de depressão foi maior em relação aos idosos com ensino superior incompleto 15,% (3/16). Por isso, deve-se ter bastante cuidado ao não estigmatizar os idosos com baixa escolaridade como aqueles mais propensos a desenvolver depressão.

Ao analisarmos os resultados apresentados na figura 1, concluímos que 11,2% (37) dos idosos cadastrados apresentam dados indicativos de depressão. Os resultados obtidos são menores em relação ao estudo realizado por Oliveira, et al. (2006), onde o índice de idosos com indicadores de depressão foi de 31%. No mesmo estudo, Oliveira, et al. (2006), identificou uma porcentagem de 26% de idosos com depressão leve ou moderada, valor acima do encontrado em nossa pesquisa. Como vimos, nossa pesquisa identificou apenas 0,3% (1) de idosos com dados indicativos de depressão severa, ou seja, os que obtiveram pontuação entre 11 e 15 na EDG-15, resultado importante e animador tendo em vista a gravidade do quadro que a depressão severa proporciona ao indivíduo, uma vez que, segundo dados epidemiológicos, estima-se que 15% dos idosos apresentam algum sintoma de depressão, sendo 2% apresentando depressão grave/severa (Coutinho, et. al., 2002). Já no estudo de Oliveira, et al. (2006) a porcentagem de idosos com dados indicativos de depressão severa foi mais alta, chegando a porcentagem de 4%, sendo que a amostra populacional era relativamente menor.

Batista, et al. (2006) em sua pesquisa encontraram associação entre depressão e separação conjugal de idosos, também confirmados nos estudos de Koropecj-Cox (1998) onde se demonstrou que, entre os idosos solitários (viúvos e separados), existe a ocorrência maior de depressão. Os autores também afirmam que existem relatos mostrando correlação entre suporte social e sintomatologia depressiva entre idosos (Batista, et al., 2006, 2001; Warner, 1998), pois, segundo eles, quanto melhor o suporte social, mais branda é a sintomatologia depressiva. O que quer dizer que já é evidente para a comunidade científica que os idosos com vida ativa, física e intelectual ou artística, apresentam um retardo significativo em sua deterioração orgânica, o que não é sentido pelas pessoas inativas (Batista, et al., 2006). As atividades sociais podem ser definidas como todas as atividades que os idosos participam ativamente, tais como as físicas, lazer, religião, serviços voluntários, sendo de fundamental importância para contribuir na melhoria do conjunto das funções dos idosos (Batista, et al., 2006), o que inclui ainda a participação do idoso em um Grupo de 3ª. Idade. Talvez por isso, os indicadores de depressão dos idosos que frequentam a UnATI tenham sido tão baixos.

Todavia, ao realizar este estudo, houve escassez de dados sobre depressão com EDG-15 e fatores relacionados, impondo limites e desafios à correlação das variáveis do presente estudo com os demais, sem com isso tirar o mérito da pesquisa que vem fornecer mais subsídios para estudos e práticas futuras, no sentido de proporcionar aos gestores ações que promovam a prevenção da depressão e a melhoria da qualidade de vida dos idosos com sintomas indicativos da doença. Para os profissionais da área da saúde e UnATI que lidam com os idosos frequentemente, os resultados do estudo servirão para que se desenvolvam medidas preventivas para os idosos e seus familiares podendo utilizar o instrumento utilizado na coleta de dados desta pesquisa (EDG -15), como parte de seus instrumentos de triagem e avaliação para os idosos que pretendem entrar ou que já fazem parte de seus cursos, assim como, ao encontrar idosos com indicadores de depressão, poderão encaminhar aos serviços de saúde mental do município de Manaus.

REFERÊNCIAS

- Andrade, F. B., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., Silva, A. O., Costa, I. C. C., Lima, É. A. R., & Mendes, C. K. T. T. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19, 129-136. doi:10.1590/S0104-07072010000100015
- Arango, H. G. (2001). *Bioestatística teórica e computacional*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Morais, P. R., Rodrigues, T., & Silva, J. A. C. (2006). Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos. *Avaliação Psicológica*, 5, 77-85.
- Brasil. (2007). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).
- Coutinho, M. P. L., Gontles, B., Araújo, L. F., & Sá, R. C. N. (2002). Depressão, um sofrimento sem fronteiras: Representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-UFS*, 8, 183-192. doi: 10.1590/S1413-82712003000200010.
- Dawson, A., & Tylee, A. (2001). *Depression: Social and economic timebomb: Strategies for quality care*. London: BMJ Books for WHO Regional Office for Europe. doi: 10.1093/fampra/19.2.216-a
- Ehrenberger, A. (2000). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Gonçalves, L. G., Vieira, S. T., Siqueira, F. V., & Hallal, P. C. (2008). Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42, 938-945. doi: 10.1590/S0034-89102008000500021
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). *Estatísticas do registro civil*, 38. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2012/default.shtm>>
- Koropecykj-Cox, T. (1998). Loneliness and depression in middle and old age: Are the childless more vulnerable? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53, S303-312. doi: 10.1093/geronb/53B.6.S303
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, SI1-SI5. doi: 10.1590/S1516-44461999000500002
- Lourenço, R., & Veras, R. (2010). *Formação humana em geriatria e gerontologia: Uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro, RJ: DOC.
- Moreira, V. E., & Freire, J. C. (2003). La dépression dans la postmodernité: Un désordre des affections ou l'ordre des désaffections? In: B. Granger & G. Charboneau (Eds.), *Phénoménologie des sentiments corporels* (pp. 111-118). Paris: Circle Hermeneutique.
- Oliveira, D. A., Deise, A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40, 734-736. doi: 10.1590/S0034-89102006000500026
- Panhoca, I., & Pupo, A. C. S. (2010). Cuidando de quem cuida: Avaliando a qualidade de vida de cuidadores de afásicos. *Revista CEFAC*, 12, 299-307. doi:10.1590/S1516-18462010005000034
- Penninx, B. W. J. H., Deeg, D. J. H., van Eijk, J. T. M., Beekman, A. T. F., & Guralnik, J. M. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: A longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorders*, 61, 1-12. doi: 10.1016/S0165-0327(00)00152-

X

- Saldanha, A. L. E., & Caldas, C. P. (2004). *Saúde do idoso: A arte de cuidar* (2ª ed). Rio de Janeiro, RJ: Interciência.
- Santana, A. J., & Barbosa Filho, J. C. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade de Salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31, 134-146.
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2011). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13. doi: 10.5216/ree.v13i2.10170
- Silberman, C., Souza, C., Wilhems, F., Kipper, L., Wu, V., Diogo, C.,... Chaves, M. (1995). Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: A preliminary study. *Revista de Saúde Pública*, 29, 444-450. doi:10.1590/S0034-89101995000600005
- Siqueira, G. R., Vasconcelos, D. T., Duarte, G. C., Arruda, I. C., Costa, J. A. S., & Cardoso, R. O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 253-259. doi:10.1590/S1413-81232009000100031
- Veras, R. P. (1999). *País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro; RJ: Relume Dumará.
- Vieira, S. (2004). *Bioestatística, tópicos avançados* (2ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Elsevier.
- Warner, J. P. (1998). Quality of life and social issues in older depressed patients. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S19-S24. doi: 10.1097/00004850-199809005-00005

PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE E OS CINCO FATORES DA PERSONALIDADE EM MULHERES ADULTAS

Joana Henriques-Calado [✉], Maria Eugénia Duarte-Silva, Carlota Sacoto, Diana Junqueira, Ana Marta Keong

Faculdade de Psicologia, Universidade Lisboa

A investigação sobre o funcionamento da personalidade patológica numa população envelhecida ou a envelhecer deverá focar-se no contributo que o estudo da personalidade poderá outorgar à saúde mental, como seja especificamente na comparação dos traços da personalidade com as perturbações da personalidade do DSM (Lynam & Widiger, 2001; Oltmanns & Balsis, 2011; Samuel & Widiger, 2004; Schroeder et al., 2002; Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009; Widiger, 2005; Widiger & Seidlitz, 2002).

Para Widiger e Seidlitz (2002), o estudo da personalidade na psicopatologia e envelhecimento deverá incluir o estudo das perturbações da personalidade. Abrams e Horowitz (1996) conduziram uma meta-análise de dezasseis investigações e, concluíram que a aproximadamente 10% da população com mais de cinquenta anos de idade seria diagnosticada uma perturbação da personalidade, o que sugere uma taxa mais elevada de um funcionamento não adaptativo da personalidade na população em processo de envelhecimento do que na restante. Num estudo recente de Schuster, Hoertel, Strat, Manetti e Limosin (2013) sobre perturbações da personalidade, com uma amostra de 8.205 adultos com ou mais sessenta e cinco anos de idade, verifica-se que cerca de 8,07% apresenta pelo menos uma perturbação da personalidade, o que vai no sentido dos resultados anteriores. A perturbação da personalidade que surgiu mais prevalente foi a Obsessivo-compulsiva. O padrão geral de associações entre cada perturbação da personalidade e a comorbilidade psiquiátrica ao longo da vida apresenta-se estatisticamente significativa. Conclui-se que as perturbações da personalidade em adultos mais velhos são altamente associadas com incapacidade funcional, doenças médicas e psiquiátricas. Destacam a necessidade de desenvolver uma prevenção mais eficaz e programas de intervenção nesta população específica (Schuster et al., 2013).

As características específicas de algumas perturbações da personalidade parecem aumentar em frequência em pessoas na idade avançada (por exemplo, Esquizoide, Negativista), enquanto outros tipos de perturbações da personalidade diminuem na sua frequência (por exemplo, Antissocial e *Borderline*) (Engels, Duijsens, Haringsma, & van Putten, 2003; Grant et al., 2008). Com base em estudos transversais, tende a existir um dado generalizado de que as perturbações da personalidade relativas ao *Cluster A* (Paranoide, Esquizoide) e/ou ao *Cluster C* (Obsessivo-compulsiva) são as mais prevalentes na idade adulta avançada (Abrams & Horowitz, 1999; Kenan et al., 2000; Kunik et al.,

[✉] - Joana Henriques Calado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, E-mail: joana.calado@netcabo.pt

1994; Morse, & Lynch, 2004; Vine, & Steingart, 1994). Em contraste, o *Cluster B* (especialmente, *Borderline* e Antissocial) é mais prevalente entre os adultos mais jovens (Samuels et al., 2002).

Entre os indivíduos mais idosos, a perturbação da personalidade tem sido descrita em 6% das pessoas com doenças mentais orgânicas e 24% das pessoas com perturbação depressiva *major* (Kunik et al., 1994). Os indivíduos com depressão de início precoce apresentam-se mais propensos a apresentar perturbações da personalidade relativas ao *Cluster C* (Abrams, & Horowitz, 1996; Kunik et al., 1994; Oltmanns, & Balsis, 2011). Dados sugerem que as perturbações da personalidade podem constituir um fator de risco para a depressão em idades mais avançadas. Existem também algumas evidências de que, entre os indivíduos idosos com perturbação depressiva *major*, a perturbação da personalidade surge associada a um padrão recorrente de doença depressiva; perturbação depressiva e perturbações da personalidade têm uma elevada comorbilidade na idade adulta avançada (Kunik et al., 1994). As comorbilidades psiquiátricas podem aumentar a expressão de outras características disfuncionais associadas às perturbações da personalidade: por exemplo, a predominância do isolamento social e depressivo e as perturbações distímicas entre as pessoas mais velhas (Devanand, 2002). O estudo da personalidade na psicopatologia e no processo de envelhecimento deve assim, incluir igualmente, o estudo das perturbações da personalidade descritas no DSM-IV (Oltmanns, & Balsis, 2011; Schuster et al., 2013; Widiger, & Seidlitz, 2002).

Por seu turno, o Modelo dos Cinco Fatores (*Five Factor Model*; FFM) é o mais comumente usado para avaliação dos traços da personalidade normal. O FFM descreve cinco dimensões gerais (Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa, 2002): Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. Estes traços da personalidade apresentam-se relativamente estáveis ao longo do ciclo de vida, especialmente a partir dos trinta anos, exceptuando em casos neurodegenerativos ou lesões traumáticas (Costa, & Widiger, 2002).

Na idade adulta avançada, níveis elevados de Neuroticismo estão associados com a recorrência da depressão (Steunenbergh, Braam, Beekman, Deeg, & Kerkhof, 2009). Também Abrams, Young, Alexopoulos e Holt (1991) sugerem uma associação entre Neuroticismo e depressão geriátrica. Os traços da personalidade Neuroticismo e Extroversão têm sido identificados como fortemente relacionados com o bem-estar na idade avançada; aqueles com maior Extroversão têm demonstrado elevados níveis de satisfação com a vida, maior bem-estar subjetivo, vitalidade e longevidade, ao invés daqueles com maior Neuroticismo que têm demonstrado níveis mais baixos relativos ao bem-estar e satisfação (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn, & Johansson, 2009). É possível que um baixo Neuroticismo e uma maior Extroversão confirmem benefícios à saúde nos mais velhos (Adkins, Martin, & Poon, 1996). Em pessoas idosas, elevados níveis de Extroversão refletem um maior aproveitamento de oportunidades de socialização. Indivíduos com baixos níveis de Neuroticismo serão capazes de lidar melhor ou regular situações ansiogénicas de forma mais eficaz (Adkins et al., 1996). Por seu turno, o traço Conscienciosidade prediz uma maior longevidade e indivíduos com elevação nesta dimensão tendem a experimentar uma série de benefícios de saúde, inclusive cognitivos (Jackson et al., 2009).

Em termos gerais do comportamento das dimensões básicas da personalidade na idade adulta avançada, Terraciano et al. (2005) resumem os dados científicos, a partir dos sessenta e cinco anos, na seguinte tendência geral: existe declínio do Neuroticismo até à idade de oitenta anos, uma estabilidade e posterior declínio da Extroversão, um declínio da

Abertura à Experiência, elevação da Amabilidade e elevação da Conscienciosidade até aos setenta anos de idade. Também Weiss et al. (2005) demonstraram que a idade surge negativamente relacionada com o Neuroticismo e Abertura à Experiência e positivamente relacionada com a Amabilidade; sendo que as mulheres apresentam resultados mais elevados de Neuroticismo, Abertura à Experiência e Amabilidade.

Os traços da personalidade se considerados dentro dos sistemas do DSM, poderão através da análise do funcionamento geral da personalidade, serem bastante úteis no desenvolvimento de uma compreensão mais integradora dos processos pelos quais determinadas configurações da personalidade levam à resiliência ou à vulnerabilidade para a psicopatologia (Lynam, & Widiger, 2001; Samuel et al., 2011; Samuel, & Widiger, 2004; Widiger, & Seidnitz, 2002). Existe uma quantidade considerável de investigação que evidencia que as perturbações da personalidade podem também ser facilmente compreendidas como variantes disfuncionais (desadaptadas) dos traços da personalidade descritos pelo FFM (Widiger, 2005).

A personalidade, a psicopatologia e, o processo de envelhecimento podem influenciar-se mutuamente de diversos modos. A ação recíproca da personalidade e da psicopatologia tem despertado um interesse substancial, contudo, a relação entre personalidade, saúde mental e psicopatologia, em populações envelhecidas, permanece um assunto ainda por explorar e de grande interesse ao nível da investigação (Oltmanns, & Balsis, 2011; Widiger, & Seidnitz, 2002).

Este estudo visa explorar, numa amostra não clínica de mulheres na idade adulta avançada, as relações entre as perturbações da personalidade (Eixo II) (DSM-IV) e os traços de personalidade através do Modelo dos Cinco Fatores.

Coloca-se como hipótese que as perturbações da personalidade sejam preditas pelas dimensões da personalidade tal como proposto por Widiger et al. (2002): Paranoide (elevado Neuroticismo, baixa Amabilidade); Esquizoide (baixa Extroversão); Esquizotípica (elevado Neuroticismo, baixa Extroversão, elevada Abertura à Experiência); Antissocial (baixa Amabilidade, baixa Conscienciosidade); Borderline (elevado Neuroticismo); Histriónica (elevada Extroversão); Narcísica (baixa Amabilidade); Evitante (elevado Neuroticismo, baixa Extroversão); Dependente (elevado Neuroticismo, elevada Amabilidade); Obsessivo-compulsiva (elevada Conscienciosidade).

MÉTODO

Participantes

Amostra constituída por 90 mulheres na idade adulta avançada, autónomas e inseridas na comunidade, residentes em meio urbano. Apresentam idades compreendidas entre os 60 e os 89 anos de ($M = 72,29$ anos de idade, $DP = 7,10$), caucasianas, com um nível de escolaridade compreendido entre os 4 e os 19 anos ($M = 10,25$ anos, $DP = 5,03$). Apresentam uma média de 2 filhos; quanto à situação marital: 10% solteiras, 48,9% casadas, 33,3% viúvas e 7,8% divorciadas.

Material

Foi utilizada a versão Portuguesa (Henriques-Calado, & Duarte-Silva, 2009) do *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Hyler, 1994). Questionário de autorralato constituído por 99 itens, de respostas verdadeiro/falso, que gera diagnósticos de personalidade compatíveis com os critérios diagnósticos do DSM-IV para as perturbações da personalidade. Cada item do PDQ-4+ corresponde diretamente a um critério diagnóstico do DSM-IV e, uma resposta verdadeira indica que o item deve ser marcado como

patológico. Na generalidade dos estudos, a consistência interna das escalas que compõem o PDQ-4+ apresenta uma média de 0,62 (Yang et al., 2000). No presente estudo o *alpha* de Cronbach apresenta uma média de 0,61. Foi utilizada a versão Portuguesa (Lima, & Simões, 2000) do NEO-FFI. Questionário de autorrelato, que operacionaliza o FFM, é constituído por 60 itens com uma escala de *likert* de 5 pontos, variando de 0 (discordo totalmente) a 4 (concordo plenamente). O NEO-FFI produz resultados para as cinco dimensões da personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade. No presente estudo o *alpha* de Cronbach apresenta uma média de 0,66.

Procedimento

Estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia contactaram os participantes nas suas casas ou em Centros de Dia. Os participantes disponibilizaram-se para participar, voluntariamente, num estudo alargado sobre o processo de envelhecimento; com devido consentimento informado.

Foram apresentados um conjunto de questionários a preencher, de entre os quais fez parte um questionário de dados sociodemográficos e psicossociais, o PDQ-4+ e o NEO-FFI. A aplicação dos instrumentos foi realizada, na generalidade, em regime de autoaplicação (as instruções, apresentadas por escrito), exceccionalmente em aplicação oral, quando ocorriam dificuldades de leitura ou de compreensão. Foi garantido aos participantes que qualquer dúvida seria esclarecida pelo investigador.

Após verificação da normalidade da distribuição, recorreu-se ao teste paramétrico do coeficiente de correlação de *Pearson* e, posteriormente à análise de regressão múltipla. Utilizou-se o software *SPSS Statistics* (v.19, SPSS Inc. Chicago, IL). Consideraram-se estatisticamente significativos os efeitos com $p < 0,05$.

RESULTADOS

A relação entre as dimensões do NEO-FFI e as escalas do PDQ-4+ foi avaliada como o coeficiente de correlação de *Pearson*: verificam-se relações positivas e significativas entre a dimensão Neuroticismo e as escalas Paranoide, Histriónica, Narcísica, Borderline, Evitante, Dependente e Obsessivo-compulsiva; verificam-se relações negativas e significativas entre a dimensão Extroversão e as escalas Evitante e Dependente; verificam-se relações negativas e significativas entre a dimensão Amabilidade e todas as escalas do PDQ-4+; por fim, verificam-se relações positivas e significativas entre a dimensão Conscienciosidade e as escalas Paranoide e Esquizotípica e uma relação negativa com a escala Dependente.

No Quadro 1 apresentam-se os resultados referentes à análise de regressão múltipla. Utilizam-se as variáveis de critério escalas de perturbações da personalidade do PDQ-4+, tendo como preditores as dimensões da personalidade (NEO-FFI) correlacionadas significativamente na análise anterior.

Quadro 1

Resultados da Análise de Regressão Múltipla

	Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Paranoide						0,84	0,71	48,10 ^a	<0,0001
	Neuroticismo	0,30	0,35	4,57	<0,0001				
	Amabilidade	-0,62	-0,65	-8,29	<0,0001				
	Conscienciosidad e	0,68	0,72	9,31	<0,0001				
Esquizoide						0,67	0,45	49,16 ^b	<0,0001
	Amabilidade	-0,79	-0,67	-7,01	<0,0001				
Esquizotípica						0,70	0,49	32,20 ^c	<0,0001
	Amabilidade	-0,76	-0,70	-7,67	<0,0001				
	Conscienciosidad e	0,42	0,42	4,56	<0,0001				
Antissocial						0,40	0,16	13,36 ^e	<0,0001
	Amabilidade	-0,27	-0,40	-3,65	<0,0001				
Borderline						0,80	0,64	56,77 ^f	<0,0001
	Neuroticismo	0,66	0,76	9,55	<0,0001				
	Amabilidade	-0,09	-0,10	-1,24	Ns				
Histriónica						0,79	0,62	47,43 ^d	<0,0001
	Neuroticismo	0,48	0,56	6,72	<0,0001				
	Amabilidade	-0,39	-0,44	-5,26	<0,0001				
Narcísica						0,74	0,55	34,18 ^e	<0,0001
Cont.	Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
	Neuroticismo	0,12	0,16	1,70	Ns				
	Amabilidade	-0,57	-0,68	-7,27	<0,0001				
Evitante						0,83	0,68	59,30 ^h	<0,0001
	Neuroticismo	0,47	0,54	6,66	<0,0001				
	Extroversão	-0,42	-0,47	-5,77	<0,0001				
Dependente						0,85	0,71	27,90 ⁱ	<0,0001
	Neuroticismo	0,17	0,21	2,65	<0,0001				
	Extroversão	0,01	0,01	0,02	Ns				
	Abert.	-0,08	-0,11	-1,38	Ns				
	Experiência								
	Amabilidade	-0,32	-0,38	-4,81	<0,0001				
	Conscienciosidad e	-0,43	-0,50	-6,18	<0,0001				
Obsessivo-compulsiva						0,75	0,56	36,17 ^j	<0,0001
	Neuroticismo	0,51	0,51	5,67	<0,0001				
	Amabilidade	-0,42	-0,42	-4,68	<0,0001				

Nota. a. n = 64; b. n = 62; c. n = 70; d. n = 61; e. n = 60; f. n = 67; g. n = 74; h. n = 58; i. n = 62; j. n = 61; k. n = 69; l. n = 65; ns = não significativo;

DISCUSSÃO

De forma consistente com a literatura os resultados demonstram a utilidade das dimensões da personalidade na descrição e organização das perturbações da personalidade do Eixo II (DSM-IV), conduzindo a uma melhor compreensão das perturbações da personalidade numa amostra não clínica de mulheres na idade adulta avançada. As hipóteses relativas às escalas das perturbações da personalidade Narcísica (baixa Amabilidade), *Borderline* (elevado Neuroticismo) e Evitante (elevado Neuroticismo, baixa Extroversão) são confirmadas, tal como propostas por Widiger et al. (2002), no respeito às predições pelas dimensões do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (FFM).

A hipótese proposta relativa à escala Paranoide foi parcialmente confirmada, uma vez que, em adição ao elevado Neuroticismo e baixa Amabilidade, um preditor de Conscienciosidade elevada é também verificado. As hipóteses relativas à escala Esquizotípica (elevado Neuroticismo, baixa Extroversão, elevada Abertura à Experiência) não foram confirmadas; a escala Esquizotípica, na presente amostra, foi predita por baixa Amabilidade e elevada Conscienciosidade. Investigações anteriores mostram que os traços da dimensão Conscienciosidade tendem a aumentar com a idade; a transição para a idade adulta avançada foi caracterizada por aumentos no controlo dos impulsos, confiança e convencionalidade (Jackson et al., 2009). Na idade avançada, os indivíduos que demonstram maior controlo sobre as circunstâncias, revelam maior satisfação com as suas vidas (Berg et al., 2009). O traço de Conscienciosidade prediz significativamente maior longevidade e indivíduos conscienciosos tendem a experienciar alguns benefícios na sua saúde, bem como ao nível cognitivo (Jackson et al., 2009). No presente estudo, o domínio da Conscienciosidade surge como um provável fator de resiliência, um traço adaptativo, opondo-se a uma condição psicopatológica ou disruptiva.

A escala Antissocial foi predita apenas por baixa Amabilidade (mas não baixa Conscienciosidade) e o traço Esquizoide por baixa Amabilidade (e não baixa Extroversão). As relações positivas entre as escalas Paranoide, Esquizoide, Esquizotípica, Antissocial, *Borderline*, Narcísica e Obsessivo-compulsiva são de salientar, assim como as relações negativas com a dimensão Amabilidade como resultado comum a todas estas escalas. A elevada comorbilidade que pode ocorrer entre estas perturbações de personalidade deve ser tida em conta.

As escalas Histriónica e Obsessivo-compulsiva foram ambas preditas por elevado Neuroticismo e baixa Amabilidade, em contradição com as hipóteses formuladas. Deve ter-se em consideração que a perturbação da personalidade Obsessivo-compulsiva tem resultados inconsistentes em diversas investigações no que respeita à sua relação com o traço de personalidade Conscienciosidade (Samuel, & Widiger, 2011). No presente estudo, do ponto de vista correlacional, o que parece diferenciar ambas as escalas de perturbação da personalidade é que se verifica uma ênfase positiva do Neuroticismo na escala Histriónica e uma baixa Amabilidade na escala Obsessivo-compulsiva, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Widiger et al. (2002).

As considerações referentes à escala Dependente (elevado Neuroticismo, elevada Amabilidade) não foram confirmadas. No presente estudo, elevado Neuroticismo, baixa Amabilidade e baixa Conscienciosidade revelaram-se traços preditores na escala Dependente. Além disso, a maioria dos estudos utilizando questionários de autorrelato, não confirmaram a relação esperada entre Amabilidade e Dependência. Ademais, quatro meta-análises independentes não verificaram relações consistentes entre Amabilidade e Dependência, o que levou ao questionamento acerca da validade da associação hipotetizada, sugerindo-se uma reformulação da conceptualização da Dependência ao nível do FFM (Bornstein, & Cecero, 2000; Lowe, Edmundson, & Widiger, 2009). Em conformidade com os nossos resultados, meta-análises revelam que os resultados da escala de perturbação da personalidade Dependência estão negativamente relacionados com os resultados da dimensão da personalidade Conscienciosidade (Bornstein, & Cecero, 2000). Baixa Conscienciosidade pode, de facto, ser um importante traço de Dependência, que não foi devidamente reconhecido em anteriores conceptualizações do FFM, mas que se tornou evidente através de investigações empíricas. Uma válida descrição da Dependência deverá reconhecer igualmente a presença de, por exemplo, baixa competência, baixa autodisciplina, imaturidade e fraco controlo dos impulsos (Lowe et al., 2009).

Estas relações são consistentes com as conceptualizações atuais que estendem o âmbito da psicopatologia associada a uma perspectiva categorial das perturbações da personalidade a uma abordagem dimensional. O estudo do funcionamento psicopatológico numa população na idade avançada pode ser descrito através dos mesmos traços que subjazem a um funcionamento normal da personalidade. Sugere-se também que comportamentos de elevação ou diminuição de alguns traços ou dimensões da personalidade sejam expectáveis do ponto de vista desenvolvimental. Estes traços de personalidade devem ser encarados não como traços disruptivos por si, mas como traços expectáveis que talvez potenciem a especificidade da relação com traços não adaptativos.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todas as participantes. Este trabalho foi financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), com a bolsa de doutoramento atribuída ao primeiro autor (Ref. SFRH/BD/44515/2008)

REFERÊNCIAS

- Abrams, R. C., & Horowitz, S. V. (1996). Personality disorders after age 50: A meta-analysis. *Journal of Personality Disorders*, 10, 271-281. doi: 10.1521/pedi.1996.10.3.271
- Abrams, R. C., Young, R. C., Alexopoulos, G. S., & Holt, J. H. (1991). Neuroticism may be associated with history of depression in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 483-488. doi: 10.1002/gps.930060703
- Adkins, G., Martin, P., & Poon, L. W. (1996). Personality traits and states as predictors of subjective well-being in centenarians, octogenarians, and sexagenarians. *Psychology and Aging*, 11, 408-416. doi:10.1037/0882-7974.11.3.408
- Bornstein, R. F., & Cecero, J. J. (2000). Deconstructing dependency in a five-factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 74, 324-343. doi: 10.1207/S15327752JPA7402_11
- Costa, P. T., & Widiger, T. A. (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. U.S.A.: American Psychological Association.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old?: A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13, 191-201. doi: 10.1080/13607860802342227.
- Devanand, D. P. (2002). Comorbid psychiatric disorders in late life depression. *Biological Psychiatry*, 52, 236-242. doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01336-7
- Engels, G. I., Duijsens, I. J., Haringsma, R., & van Putten, C. M. (2003). Personality disorders in the elderly compared to four younger age groups: A cross-sectional study of community residents and mental health patients. *Journal of Personality Disorders*, 17, 447-459. doi:org/10.1521/pedi.17.5.447.22971
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F.S., Saha, T.D., ..., Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545. doi: org/10.4088/JCP.v69n0404
- Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E. (2009). [Tradução do questionário de

- diagnóstico da personalidade - personality diagnostic questionnaire – PDQ-4+].* Manuscrito não publicado.
- Hyler, S. E. (1994). *PDQ-4: The personality diagnostic questionnaire*. Unpublished manuscript. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Jackson, J. J., Bogg, T., Walton, K. E., Wood, D., Harms, P. D., Lodi-Smith, J., ... Roberts, B. W. (2009). Not all conscientiousness scales change alike: A multimethod, multisample study of age differences in the facets of conscientiousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 446-459. doi:org/10.1037/a0014156
- Kenan, M. M., Kendjelic, E. M., Molinari, V. A., Williams, W., Norris, M., & Kunik, M. E. (2000). Age-related differences in the frequency of personality disorders among inpatient veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 831-837. doi:org/10.1002/1099-1166(200009)15:9%3C831::AID-GPS208%3E3.3.CO;2-8
- Kunik, M. E., Mulsant, B. H., Rifai, A. H., Sweet, R. A., Pasternak, R., & Zubenko, G. S. (1994). Diagnostic rate of comorbid personality disorder in elderly psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 603-605.
- Lima, M., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Lowe, J., Edmundson, M., & Widiger, T. A. (2009). Assessment of dependency, agreeableness, and their relationship. *Psychological Assessment*, 21, 543-553. doi:org/10.1037/a0016899
- Lynam, D. R., & Widiger, T. A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: An expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412. doi:org/10.1037//0021-843X.110.3.401
- Oltmanns, T. F., & Balsis, S. (2011). Personality disorders in later life: Questions about the measurement, course, and impact of disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 27, 321-349. doi:10.1146/annurev-clinpsy-090310-120435
- Morse, J. Q., & Lynch, T. R. (2004). A preliminary investigation of self-reported personality disorders in late life: Prevalence, predictors of depressive severity, and clinical correlates. *Aging & Mental Health*, 8, 307-315. doi:org/10.1080/13607860410001709674
- Samuel, D. B., Miller, J. D., Widiger, T. A., Lynam, D. R., Pilkonis, P. A., & Ball, S. A. (2011). Conceptual changes to the definition of borderline personality disorder proposed for DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 467-76. doi:10.1037/a0025285
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2004). Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18, 286-308. doi:org/10.1521/pedi.18.3.286.35446
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 161-174. doi:org/10.1037/a0021216
- Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., Brown, C. H., Costa, P. T., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 180, 536-542. doi:org/10.1192/bjp.180.6.536
- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. (2002). Dimensions of personality disorder and the five-factor model of personality. In P. R. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 149-160). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schuster, J. P., Hoertel, N., Strat, Y., Manetti, A., & Limosin, F. (2013). Personality disorders in older adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol

- and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 757-768. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.055
- Steunenberg, B., Braam, A. W., Beekman, A. F., Deeg, D. H., & Kerkhof, A. M. (2009). Evidence for an association of the big five personality factors with recurrence of depressive symptoms in later life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 1470-1477. doi:org/10.1002/gps.2291
- Tackett, J. L., Balsis, S., Oltmanns, T. F., & Krueger, R. F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Development & Psychopathology*, 21, 687-713. doi:org/10.1017/S095457940900039X
- Terracciano, A., McCrae, R. R., Brant, L. J., & Costa, P. T., Jr. (2005). Hierarchical linear modelling analyses of the NEO-PI-R scales in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Psychology and Aging*, 20, 493-506. doi:org/10.1037/0882-7974.20.3.493
- Vine, R. G., & Steingart, A. B. (1994). Personality disorder in the elderly depressed. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 392-398.
- Weiss, A., Costa, P. T., Karuza, J., Duberstein, P. R., Friedman, B., & McCrae, R. R. (2005). Cross-sectional age differences in personality among medicare patients aged 65 to 100. *Psychology and Aging*, 20, 182-185. doi:org/10.1037/0882-7974.20.1.182
- Widiger, T. A. (2005). A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology*, 38, 211-214. doi:org/10.1159/000086094
- Widiger, T. A., & Seidlitz, L. (2002). Personality, psychopathology, and aging. *Journal of Research in Personality*, 36, 335-362. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00013-2
- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, P. R. (2002). A description of the DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. R. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 89-99). Washington, DC: American Psychological Association.

O AJUSTAMENTO AO ENVELHECIMENTO E A IDADE SUBJECTIVA NA IDADE AVANÇADA

Sofia von Humboldt ✉ e Isabel Leal

Research Unit in Psychology and Health, R&D, ISPA – Instituto Universitário, Lisbon, Portugal

Presentemente, a população mundial está a envelhecer. Em particular, a Europa apresentou um total de 75 milhões de idosos em 2004 (Fernández-Ballesteros, 2007). Ao nível mundial, está projectado que o número de pessoas com idade superior a 60 alcance um bilhão em 2020 e quase dois bilhões em 2050, representando 22% da população do mundo. A proporção de indivíduos com idades entre 80 anos ou mais deverá aumentar de um por cento para quatro por cento da população mundial entre 2009 e 2050 (United Nations, 2009). Em Portugal, as pessoas com mais de 65 anos de idade constituem 17,1% de portugueses, com as projeções a sugerir um aumento de 31% em 2050 (World Health Organization Quality of Life, 2011).

O ajustamento ao envelhecimento (AaE) foi inicialmente descrito por Cattell (1950) como o processo interno pelo qual uma adaptação é mantida pelo indivíduo. A capacidade de cada pessoa para se ajustar ao envelhecimento é limitada por fatores ambientais e limitações impostas por um organismo em envelhecimento. Um modelo que representou a natureza do desenvolvimento e do envelhecimento com a ênfase no ajustamento foi desenvolvido mais recentemente (Baltes & Baltes, 1990; Baltes & Carstensen, 1996). A teoria do processo de identidade propõe que o AaE pode ser conceptualizado como envolvendo os três processos de assimilação de identidade, acomodação de identidade e equilíbrio de identidade. Segundo o modelo de Brandtstädter e Rothermund (2003), o ajustamento de objetivos e aspirações de uma pessoa em face dos desafios relacionados com a idade corresponde ao que os autores chamaram de acomodação (Sneed & Whitbourne, 2003).

O AaE inclui elementos subjetivos e objetivos, sendo que o AaE é uma função multi-dimensional da interação dinâmica de elementos, tais como autonomia, controlo, auto-aceitação, crescimento pessoal, rede social positivo e propósito na vida (Bauer & McAdams, 2004; Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995) e generatividade (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986) que pode variar com o tempo, a idade, o género, etnia, cultura, situação financeira e sociedade (Neri, Cachioni, & Resende, 2002). Apesar do fato de que a idade cronológica é a dimensão básica, ao longo do qual os resultados físicos e psicológicos são investigados entre os idosos, a literatura considera que a idade subjectiva (IS) é relevante para o desenvolvimento de uma dimensão pessoal relativa ao funcionamento do indivíduo (Barak, 2009; Montepare, 2009). A IS deriva de um processo de ajustamento das percepções pessoais da idade que orientam a idade sentida ao longo do ciclo de vida (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008).

✉ - Sofia von Humboldt, Research, ISPA – Instituto Universitário. Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, Portugal, E-mail:sofia.humboldt@gmail.com

Além disso, o sucesso no cumprimento de desafios percebidos como significantes pode resultar numa idade percebida mais positiva (Ward, 2010). Ao representar a idade, Coupland, Coupland, Giles, e Henwood (1991) identificaram dois principais processos através dos quais os idosos desenvolvem identidades relacionadas com a idade: características relacionadas com a idade (e.g., referências e experiências relacionadas com a idade) e enquadramento temporal (e.g., acrescentando perspectiva de tempo passado aos eventos presentes e associação do self com o passado).

As dimensões subjetivas relacionadas com o significado atribuído pelo indivíduo podem não ser facilmente acedidas através de questionários quantitativos e perguntas estruturadas (Moser, Spagnoli, & Santos-Eggimann, 2011). Por outro lado, estudos com abordagens qualitativas, como entrevistas em profundidade submetidas à análise de conteúdos, oferecem a oportunidade de exploração em profundidade da AaE e IS nos idosos. Desta forma, este estudo tem por objetivo contribuir para a literatura existente da seguinte forma: analisar os indicadores de AaE e IS identificados por idosos e investigar os construtos latentes que podem funcionar como os principais indicadores de AaE e IS numa amostra portuguesa de idosos.

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi constituída por 32 idosos portugueses, não institucionalizados, cujas idades se encontram entre os 75 anos e 99 anos ($M = 79,1$; $DP = 5,8$). A participação dos indivíduos foi realizada de acordo com a disponibilidade dos inquiridos, e o recrutamento efetuado através de universidades sénior e centros comunitários. Os critérios de inclusão incluíram a inexistência de perturbações psiquiátricas de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) e a obtenção mínima de 26 pontos no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). O quadro seguinte apresenta os dados sociodemográficos e as características de saúde da amostra em estudo (quadro 1).

Quadro 1.

Características dos Participantes

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M(SD)</i>
Sexo			
Homem	11	34,4	
Mulher	21	65,6	
Educação			
Escolaridade até ao 9º ano	6	18,8	
Escolaridade até ao 12º ano	14	43,7	
Frequência de curso universitário	4	12,5	
Licenciado	8	25,0	
Estado Civil			
Casado	18	56,3	
Viúvo	12	37,5	
Solteiro	2	6,2	
Estatuto Profissional			
Pensionista	22	68,8	
Com Profissão Especializada	4	12,5	
Artista	1	3,1	
Sem Profissão Especializada	5	15,6	
Idade			
72-99			79,1(5,8)

Material

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com base num guia de entrevista, nas casas dos participantes. Cada entrevista foi realizada individualmente. Aos participantes foi fornecido primeiramente uma breve descrição do estudo por via telefónica e estes foram convidados a participar numa entrevista pessoalmente. Como contexto geral para as entrevistas, foram considerados AaE como uma interacção dinâmica de elementos subjectivos e objectivos que abrangem um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (Bauer & McAdams, 2004; Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002) e IS como a idade percebida pelos participantes (Barak, 2009; Barrett, 2005; Montepare, 2009).

Procedimento

Os dados foram analisados, através da análise de conteúdos e com o seguinte procedimento: a) desenvolvimento de grandes categorias emergentes e mutuamente exclusivas que reflectissem as 32 entrevistas, para cada uma das duas categorias pré-existent: IS ("Como sente acerca da sua idade?") e "indicadores de AaE ("Eu gostaria de entender no seu ponto de vista, o que contribui para o seu ajustamento ao envelhecimento."); b) criação de uma lista de códigos; c) análise das entrevistas e classificação das citações dentro de uma determinada categoria; e d) apuramento das principais categorias emergentes até o ponto de saturação teórica ser alcançada (Bardin, 2007; Morse, 1995). A nossa estrutura de categorias foi então submetida a uma revisão externa e um *feedback* crítico foi obtido de revisores com experiência com idosos. Uma análise independente das 32 entrevistas foi realizada por um júri composto por dois psicólogos e foram realizadas decisões em grupo quanto às categorias encontradas. Representações das associações entre as categorias emergentes obtidas a partir da análise de narrativas e construtos latentes que podem funcionar como os principais indicadores de IS e AaE de idosos, foram avaliados por uma Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Os dados foram analisados usando SPSS para Windows (versão 19.0; SPSS Inc., Chicago, IL). A Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT), o Instituto Universitário de Psicologia Aplicada aprovaram o estudo. O consentimento informado foi recebido de todos os participantes e o protocolo do estudo foi aprovado pela Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde.

RESULTADOS

Os resultados da análise de conteúdos sugeriram sete categorias emergentes de respostas para AaE: 'realização pessoal e projectos futuros', 'ocupação e lazer', 'saúde', 'valorização do tempo e da idade', 'interacção social', 'situação financeira' e 'sentido existencial'. 'Realização pessoal e projectos futuros' foi o indicador de AaE mais verbalizado pelos participantes (24,1%), como pode ser visto no quadro 2. O júri identificou um total de cinco categorias para IS: 'em coerência', 'sem preocupação', 'com apreensão', 'jovem' e 'com satisfação'. 'Com apreensão' (33,3 %) foi a mais citada categoria de IS pelos participantes (ver quadro 2).

Quadro 2.

Categorias resultantes da análise de conteúdos

Pré-categoria	Categoria	Percentagem por categoria
Idade Subjectiva	Em coerência	18,2
	Sem preocupação	7,3
	Com apreensão	33,3
	Jovem	9,7
	Com satisfação	31,5
Total de Idade Subjectiva		100,0
(contin.)		
Pré-categoria	Categoria	Percentagem por categoria
Indicadores de AaE	Interacção social	10,9
	Saúde	10,9
	Ocupação e lazer	13,9
	Realização pessoal e projectos futuros	24,1
	Situação financeira	15,3
	Valorização do tempo e da idade	13,1
	Sentido existencial	11,7
Total de Indicadores de AaE		100,0

Os resultados da ACM indicaram um modelo para as pré-categorias, com diversos factores e pesos fatoriais e permitiu avaliar a estrutura de correlação das pré-categorias no nosso estudo: AaE e IS. Ao representar um modelo global que une os conceitos de ajustamento e idade, foi considerada a estrutura de correlação das pré-categorias no nosso estudo (indicadores de AaE e IS). Os resultados sugerem um modelo global com três dimensões (representando 85,0 % da variância total), composto por: 'reconciliado', 'jovial' e 'envolvido', (ver quadro 3) para os participantes portugueses.

Quadro 3.

Representação tridimensional para o modelo global 'ajustamento e idade' "idade" para os idosos participantes: Pesos fatoriais para cada dimensão, pesos médios, inércia percentagem de variância explicada

Domains	Dimensões			Média
	Reconciliado	Jovial	Envolvido	
Em coerência	0,78	0,08	0,009	0,29
Sem preocupação	0,19	0,61	0,003	0,27
Com apreensão	0,78	0,08	0,009	0,29
Jovem	0,19	0,62	0,02	0,28
Com satisfação	0,81	0,14	0,002	0,31
Interacção social	0,01	0,004	0,91	0,31
Saúde	0,01	0,004	0,91	0,31
Ocupação e lazer	0,06	0,05	0,37	0,16
Realização pessoal e projectos futuros	0,65	0,06	0,04	0,25
Situação financeira	0,81	0,14	0,002	0,31
Valorização do tempo e da idade	0,11	0,73	0,0001	0,28
Sentido existencial	0,14	0,76	0,005	0,30
Valor Próprio	4,59	3,31	2,29	3,40
Inércia	0,38	0,27	0,19	0,28
% de Variância	38.26	27.60	19.14	28.34

DISCUSSÃO

'Realização e projetos futuros' e 'situação financeira' foram os itens mais frequentemente referidos pelos participantes deste estudo relativamente a AaE. Quanto à IS, os idosos majoritariamente expressaram uma IS positiva (66,7% de narrativas globais). Estes resultados corroboram a literatura existente (Bauer & McAdams, 2004; Keyes, & Barak, 2009; Montepare, 2009, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). Para estes participantes idosos, o maior fator 'reconciliado' foi responsável por 38,3 % da variância total. 'Envolvido' foi o fator menos representativo para os idosos (19,1% da variância total). A ACM efetuada sobre a estrutura de correlação das duas pré-categorias (indicadores de AaE e IS) indica que estes são, em grande parte explicados por um modelo geral de três fatores, para cada nacionalidade. Assim, para os participantes idosos 'com coerência', 'com apreensão', 'com satisfação', 'realização pessoal e projetos futuros' e 'situação financeira' constituíram o primeiro fator ('reconciliado'). A literatura anterior indica que os idosos se sentem motivados, orientados e mais satisfeitos que os adultos de meia-idade e adultos mais jovens (Allemand, Zimprich, & Hendriks, 2008). Adicionalmente, estudos anteriores revelam que as atividades produtivas contribuem para o bem-estar de adultos idosos e que o envolvimento profissional, especialmente com seus pares, a criatividade produtiva e o estatuto contribuem para envelhecer bem (Hatch, 2000; Stevens-Ratchford, 2005; Stevens-Ratchford & Diaz, 2003; Wahrendorf & Siegrist, 2010).

O segundo fator ('jovial') reuniu 'sem preocupação', 'valorização do tempo e da idade', 'jovem' e 'sentido existencial'; portanto, estes idosos refletem uma perspectiva de valorização do tempo e da idade e das questões de sentido de limite e existenciais. Os resultados de estudos anteriores revelaram que existe uma relação tempo-dinâmica tal que a proximidade subjetiva em relação à morte aumenta em função da proximidade objetiva em relação à morte (Kotter-Grühn, Grühn, & Smith, 2010). Além disso, a literatura existente sugere que o sucesso no cumprimento de desafios individuais pode conceder uma percepção mais positiva da idade (Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn, & Smith, 2008; Ward, 2010).

Um número crescente de indivíduos identifica-se como não religiosos no sentido tradicional, mas sim como espirituais na sua orientação de vida (McFadden, 1995, 1996). A literatura existente destaca a natureza holística da espiritualidade dos idosos (Snodgrass, 2009; Theis, Biordi, Coeling, Nalepka, & Miller, 2003; Wallace & O' Shea, 2007) e o desenvolvimento e realização, quando o ciclo de vida se encontra quase completo (Erikson, 1997; Tornstam, 2005). Frankl (1963) e Maslow (1968) referiram o sentido existencial, ou sentido pessoal, como uma necessidade humana universal. Além disso, três grandes fontes de sentido incluem trabalho significativo, relações genuínas com os outros e a atitude que o indivíduo escolhe adotar, quando confrontado com uma situação incontrolável (Malette & Oliver, 2006). Na verdade, sentir-se relevante e atribuir um sentido existencial aos eventos está associado ao bem-estar (Wong, 2000) enquanto que a realização e inovação está relacionada com um sentido de continuidade interna na adultícia avançada (Nimrod & Kleiber, 2007).

No nosso estudo, o terceiro fator ('envolvido') é composto por 'interacção social', 'saúde' e 'ocupação e lazer'. De notar que este último tem um peso reduzido no terceiro fator (0,37), o que indica que esta categoria não é muito relevante neste fator. Bowling (1995), Birren e Schaie (1996) e Whitbourne e Weinstock (1986) sugeriram que as relações interpessoais e a saúde quando associadas, contribuem para um bom envelhecimento dos idosos. Atritos potencialmente associados à idade em redes sociais são parcialmente atribuídos à perda funcional, às disparidades de saúde e à interrupção das

relações pessoais. De facto, os idosos vivem dentro de uma rede social relativamente estável que proporciona um contacto regular ao longo do tempo (Lang, 2001). As pessoas mais velhas apresentam regularmente um número limitado de potenciais amigos íntimos para escolher e aqueles com menores problemas de saúde podem ser mais exigentes na sua selecção de relações sociais (Schafer, 2011). Adicionalmente, a investigação sugere que os amigos podem ser mais contributivos para o bem-estar do idoso que a família. Quando associada a actividades satisfatórias para o idoso, a amizade pode ser muito gratificante e o número de amigos pode ser indicativo da dimensão e frequência de actividades sociais (Cheng, Li, Leung, & Chan, 2011).

Apesar dos resultados pertinentes deste estudo, várias limitações devem ser tidas em conta. Este estudo representa uma amostra realizada não aleatoriamente (Miles & Huberman, 1994; Potter, 1996), com o objetivo de facilitar a compreensão dos indicadores da AaE e IS. Ao contrário de estudos utilizando instrumentos quantitativos, esta abordagem permite ganhos em profundidade acerca da natureza e percepção global destes conceitos pelos idosos. As participantes foram recrutadas apenas através de universidades sénior e centros comunitários, o que poderá constituir um enviesamento para o estudo. Considerando o reduzido tamanho da amostra, estes resultados não são possíveis de ser generalizados. É de acrescentar que não é garantido que diferentes pesquisadores não decidiriam diferentes categorias. A pesquisa qualitativa, é contudo necessária para enfatizar a necessidade de aprofundar as diferentes percepções dos idosos.

Este estudo representa uma etapa anterior no desenvolvimento de um instrumento de avaliação concebido para medir o ajustamento dos idosos ao envelhecimento e é parte de uma investigação quantitativa de maior dimensão. Os resultados deste estudo podem fazer parte de uma análise mais abrangente quanto ao AaE e IS efectuados pelos idosos. Os resultados apresentados relativos ao processo de envelhecer ajustadamente, apresentados neste artigo são uma contribuição importante para o potencial ainda por desenvolver do modelo global que une os conceitos de ‘ajustamento e idade’, nesta população. Investigação futura é necessária para definir a estrutura conceptual do AaE dos idosos. Embora tenhamos vários indicadores possíveis do bem-estar, devemos aprofundar esta discussão e aferir estratégias básicas e suplementares de intervenção com idosos. Adicionalmente, compreender as diferenças de percepções entre as populações mais velhas é de suma importância para as políticas e estratégias de intervenção com idosos. Em conclusão, consideramos que as questões sobre o ajustamento ao processo de envelhecimento e a IS são aspectos críticos para o bem-estar das pessoas idosas, num contexto salutogénico de envelhecimento ativo e saudável.

Agradecimento

Este trabalho foi financiado por uma bolsa da Fundação para a Ciência e Tecnologia Portuguesa (FCT) [código de bolsa SFRH/BD/44544/2008].

REFERÊNCIAS

- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A.A. J. (2008). Age Differences in Five Personality Domains Across the Life Span. *Developmental Psychology*, *44*, 758-770. doi:org/10.1037/0012-1649.44.3.758
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington: APA.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The

- model of selective optimization with adaptation. In P. B. Baltes, & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422. doi:org/10.1017/S0144686X00003603
- Barak, B. (2009). Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 2-11. doi:org/10.1177/0165025408099485
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo* [Content analysis]. Lisboa: Edições 70.
- Barrett, A. E. (2005). Gendered experiences in midlife: Implications for age identity. *Journal of Aging Studies*, 19, 163-183. doi:org/10.1016/j.jaging.2004.05.002
- 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
- Birren, J. E. & Schaie, K. W. (1996). *Handbook of the psychology of aging*. San Diego: Academic Press
- Bowling A. (1995). What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health-related quality of life. *Social Science and Medicine*, 41, 1447-1462. doi:org/10.1016/0277-9536(95)00113-L
- Brandtstädter, J., & Rothermund, K. (2003). Intentionality and time in human development and aging: compensation and goal adjustment in changing developmental contexts. In: U. M. Staudinger, & U. Lindenberger, (Eds) *Understanding human development: dialogues with lifespan psychology* (pp. 105-124). Dordrecht, Netherlands: Kluwer. doi:org/10.1007/978-1-4615-0357-6_6
- Cattell, R.B. (1950). *Personality*. New York: McGraw-Hill.
- Cheng, S-T, Li, K-K, Leung, E. M. F., & Chan, A. C. M. (2011). Social Exchanges and Subjective Well-being: Do Sources of Positive and Negative Exchanges Matter? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66, 708-718. doi:org/10.1093/geronb/gbr061
- Coupland, J., Coupland, N., Giles, H., & Henwood, K. (1991). Formulating age: Dimensions of age identity in elderly talk. *Discourse Processes*, 14, 87-106. doi:org/10.1080/01638539109544776
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: W.W. Norton & Company.
- Erikson, J. M. (1997). *The life cycle completed*. New York, NY: W. W. Norton.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *GeroPsychology. European Perspectives for and Ageing World*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
- 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.
- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Hatch, L. R. (2000). *Beyond Gender Differences: Adaptation to Aging in Life Course Perspective*. Amityville, NY: Baywood.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022. doi:org/10.1037//0022-3514.82.6.1007
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63B, 377-385. doi:org/10.1093/geronb/63.6.P377

- Kotter-Grühn, D., Grühn, D., & Smith, J. (2010). Predicting one's own death: the relationship between subjective and objective nearness to death in very old age. *European Journal of Ageing*, 7, 293-300. doi:org/10.1007/s10433-010-0165-1
- Lang, F. (2001). Regulation of social relationships in later adulthood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B, 321-326. doi:org/10.1093/geronb/56.6.P321
- Malette, J., & Oliver, L. (2006). Retirement and existential meaning in the older adult: A qualitative study using life review. *Counselling, Psychotherapy, and Health*, 2, 30-49.
- Maslow, A. B. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand Reinhold. doi:org/10.1037/10793-000
- McFadden, S. H. (1995). Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues*, 51, 161-175. doi:org/10.1111/j.1540-4560.1995.tb01329.x
- McFadden, S. H. (1996). Religion, spirituality, and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of Aging* (4th ed., pp. 162-177). San Diego: Academic Press. doi:org/10.1080/15528030.2010.533358
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994), *Qualitative data analysis* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Montepare, J. M. (2009). Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 42-46. doi:org/10.1177/0165025408095551
- Morse, J. M. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5, 147-149. doi:org/10.1177/104973239500500201
- Moser, C., Spagnoli J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65-70 years. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B, 675-680.
- Neri, A. L., Cachioni, M., & Resende, M. C. (2002). Atitudes em relação à velhice [Attitudes toward aging]. In E.V. Freitas, L.Py, A.L. Neri, F.A.Cançado, M.L.Gorzoni, S.M.Rocha, . *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 972-980). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan,. doi:org/10.1590/S0103-166X2006000200003
- Nimrod, G., & Kleiber, D. A. (2007). Reconsidering change and continuity in later life: Towards an innovation theory of successful aging. *International Journal of Aging and Human Development*, 65, 1-22. doi:org/10.2190/Q4G5-7176-51Q2-3754
- Potter, W. J. (1996). *An analysis of thinking and research about qualitative methods*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:10.1037/0022-3514.69.4.719
- Schafer, M. H., & Shippee, T. P. (2010). Age identity, gender, and perceptions of decline: Does feeling older leads to pessimistic dispositions about cognitive aging? *Journal of Gerontology Series B: Social Sciences*, 65B, 91-96. doi:org/10.1093/geronb/gbp046
- Sneed, J. R., & Whitbourne, S. K. (2003). Identity processing and self-consciousness in middle and later adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 313-319. doi:org/10.1093/geronb/58.6.P313
- Snodgrass, J. (2009). Toward holistic care: Integrating spirituality and cognitive behavioral therapy for older adults. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 21, 219-236. doi:org/10.1080/15528030902803913
- Stevens-Ratchford, R. G., & Diaz, T. (2003). Promoting successful aging through occupation: An examination of engagement in life: A look at aging in place, occupation

- and successful aging. *Activities, Adaptation and Aging*, 27, 19-37. doi:10.1300/J016v27n03_02
- Stevens-Ratchford, R. G. (2005). Occupational engagement: Motivation for older adult participation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21, 171-181. doi:org/10.1097%2F00013614-200507000-00003
- Theis, S. L., Biordi, D. L., Coeling, H., Nalepka, C., & Miller, B. (2003). Spirituality in caregiving and care receiving. *Holistic Nursing Practice*, 17, 48-55. doi:org/10.1097%2F00004650-200301000-00010
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- United Nations. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision*. CD-ROM Edition - Extended Dataset, United Nations.
- Wahrendorf, M., & Siegrist, J. (2010). Are changes in productive activities of older people associated with changes in their well-being? Results of a longitudinal European study. *European Journal of Ageing*, 7, 59-68. doi:org/10.1007/s10433-010-0154-4
- Ward, R. A. (2010). How old am I? Perceived age in middle and later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 71, 167-184. doi:org/10.2190/AG.71.3.a
- Wallace, M., & O'Shea, E. (2007). Perceptions of spirituality and spiritual care among older nursing home residents at the end of life. *Holistic Nursing Practice*, 21, 285-289. doi:org/10.1097%2F01.HNP.0000298611.02352.46
- Whitbourne, S.K. & Weinstock, C.S. (1986). *Adult development*. New York: Praeger.
- Wong, P. T. P. (2000). Meaning in life and meaning in death in successful aging. In A. Tomer (Eds.), *Death attitudes and the older adult* (pp.23-35). New York: Brunner/Mazel Publisher.
- World Health Organization Quality of Life (WHO) (2011). *World Health Statistics 2011*. The Author

QUALIDADE DE VIDA, STRESSE, *COPING* EM DOENTES COM CANCRO DA CAVIDADE ORAL

Maria Cunha e Sara Duarte ✉

Instituto Superior da Maia, Maia, Portugal.

A definição de tumores da região oral é particularmente difícil, uma vez que existe uma barreira muito ténue que separa esta estirpe de cancro específica do cancro da cabeça e pescoço que possui um sentido mais abrangente (Radoi & Luce, 2012). O cancro da cavidade oral poderá advir de diferentes localizações específicas tais como: o lábio, o pavimento da boca, a língua, entre muitas outras (Santos & Teixeira, 2011). Por outro lado, quanto à evolução da doença, é possível a sua classificação por estádios, que compreendem vários intervalos (Sobin, Gospodarowicz, & Witteking, 2009, citado por Santos & Teixeira, 2011).

A cavidade oral é uma componente com um papel fulcral na comunicação verbal, nas relações interpessoais e na respiração, sendo também o ponto onde se inicia a digestão. Tumores avançados nesta área implicam cirurgias drásticas que, interligadas com a quimio e radioterapia, poderão originar várias complicações (Santos & Teixeira, 2011). Daí a relevância no estudo das variáveis psicológicas destes doentes, já que sofrem muitos processos e com elevada preponderância na sua vida enquanto seres bio-psico-sociais.

No contexto português, o cancro da cavidade oral é uma neoplasia maligna relativamente frequente e responsável por uma taxa de mortalidade bastante elevada, uma vez que, tal como referem Santos e Teixeira (2011), anualmente morrem cerca de 300 portugueses em consequência desta estirpe de cancro. Relativamente à Região Norte de Portugal, foram diagnosticados, entre os anos de 2000 e 2006, 580 novos casos de tumores da cavidade oral (Roreno, s.d.).

O cancro é definido como um grupo bastante complexo de doenças, uma vez que pode pressupor uma panóplia de causas diversas, abrangendo a ação de carcinogéneos físicos, como as radiações; biológicos como os agentes infecciosos (vírus), stresse oxidativo, hormonas, inflamação crónica e químicos como os produtos da pirólise do tabaco. De uma forma simplificada é possível referir que este tipo de cancro poderá ter origem em fatores infecciosos, como o HPV (D'Souza & Dempsey, 2011); fatores físicos através da radiação ultravioleta (UV); fatores traumáticos pela colocação de próteses desajustadas, dentes partidos com áreas cortantes, fatores nutricionais em consequência da deficiência de algumas vitaminas e componentes essenciais como o ferro e ainda os hábitos tabágicos e etílicos (McMahon & Chen, 2003; Razmpa, Memari, & Naghibzadeh, 2011; Sabitha, Reddy, & Jamil, 2010; Santos & Teixeira, 2011).

✉ -Sara Maria Saraiva Duarte; Morada - Rua Professor Augusto Risca nº38, 4405-832 Vilar do Paraíso, Vila Nova de Gaia; e-mail - sara____duarte@hotmail.com.

O cancro da cavidade oral acarreta uma diversidade de consequências nocivas e desafios no estilo de vida dos doentes, tais como as mudanças relativas à atividade profissional e às tarefas do quotidiano; mudanças físicas; preocupações associadas com a própria doença; relações interpessoais e também no funcionamento social (Penner, 2009; Semple, Dunwoody, Kernohan, McCaughan, & Sullivan, 2008). As intervenções médicas realizadas no cancro da cavidade oral devem ter como pressuposto a preservação da integridade oral como forma de prevenção de algumas infeções e fístulas, bem como a salvaguarda, tanto quanto possível, da fala, deglutição e mobilidade da língua (Santos & Teixeira, 2011). Neste sentido, o diagnóstico deste tipo de tumores potencialmente malignos, realizado precocemente, em estádios iniciais, é fulcral, já que faculta a possibilidade de uma intervenção cirúrgica menos invasiva, garantindo a funcionalidade e QdV do paciente e permitindo melhores taxas de sobrevivência (Santos & Teixeira, 2011). A análise e constatação da QdV dos doentes com cancro a área da cabeça e pescoço não ocorre com frequência em Portugal. Assim, urge a necessidade de realizar mais avaliações deste constructo (Silveira, et al., 2009).

Assim é pertinente referir a esperança média de vida destes doentes, sendo que a sobrevivência aos cinco anos de doença é de aproximadamente 82% no estágio I, 65% no estágio II, 59% no estágio III e 39% no estágio IV (Santos & Teixeira, 2011). Neste caso específico, no contexto de doença, as variáveis psicológicas são influenciadas pelos efeitos secundários advindos da doença, pelos sintomas das intervenções médicas, pelas implicações ocasionadas pelos fármacos e ainda pela própria natureza das instituições onde o paciente oncológico tem de se dirigir. É, portanto, inegável a função fulcral da intervenção psicológica no auxílio da gestão dessas mesmas variáveis (Pais-Ribeiro, 2009).

Segundo Adriano Vaz-Serra (2007), as problemáticas do stresse e do cancro, e a sua possível relação, têm sido frequentemente estudadas devido à sua fulcral importância. Este autor refere também que quando um sujeito se encontra em stresse é desenvolvida uma ação de ativação que abrange todo o organismo, uma vez que uma situação de stresse poderá ocasionar o aparecimento de diversas emoções, mudanças de comportamento e ainda alterações no sistema biológico e cognitivo do indivíduo.

A interligação destas duas temáticas é essencial uma vez que os resultados da investigação de Pedersen e Zachariae (2010) demonstram que cerca de 34% dos doentes oncológicos com diagnóstico recente vivenciaram reações de stresse significativas, acompanhadas por sintomas bastante severos. Por outro lado, o stresse psicológico poderá também desencadear uma resposta fisiológica acentuada possibilitando o agravamento do processo da doença (Hansen & Sawatzky, 2008). List, et al. (2002) demonstraram também através da sua investigação que o diagnóstico de cancro constitui o fator com maior impacto de stresse na vida dos doentes. Com uma menor evidência, mas ainda significativa, é o stresse originado pela sua preocupação com o sofrimento dos seus familiares. Uma situação indutora de stresse poderá causar diretamente o surgimento ou exacerbação de uma condição já existente no indivíduo (vulnerabilidade psicológica e/ou física), ou seja, é possível referir que os sujeitos mais vulneráveis são à partida os que possuem uma menor resistência e por isso revelam uma maior possibilidade de ficarem efetivamente doentes (Cotton, 1990, citado por Vaz Serra, 2007).

No que diz respeito às estratégias de *coping*, elas são consideradas como uma panóplia de comportamentos levados a cabo pelos doentes com o intuito de possuírem uma autorregulação eficaz, ou seja, uma gestão eficiente dos seus recursos face às exigências (Ogden, 2012). Determinadas investigações revelaram que um número elevado de doentes é eficaz na procura de novas estratégias de *coping*, como forma de lidarem com a dor física

e com os conflitos emocionais advindos do cancro (Horney, et al., 2011; List, et al., 2002).

No entanto, apesar da estratégia mais utilizada por estes doentes ser a procura de apoio social (Elani & Allison, 2011; Zhou, et al., 2010), eles evidenciaram que não possuíam uma estratégia principal, ou seja, usavam uma diversidade de comportamentos de modo a enfrentarem as adversidades. Esta descoberta demonstra a aptidão e disponibilidade destes doentes aquando da confrontação com as implicações advindas do seu cancro (List, et al., 2002). Ou seja, uma variedade de estratégias de coping auxiliam os mesmos a ultrapassar os efeitos secundários originados pelo tratamento e também a obter uma imagem mais positiva da sua vida (Semple, et al., 2008).

Portanto, é essencial perceber o papel determinante da perceção individual na forma como se lida com a doença, na medida em que, e segundo Joyce-Moniz e Barros (2005, p.65) “se a significação da doença e do seu confronto é adequada, a pessoa pode controlar as suas emoções e atitudes, respondendo correctamente às situações; mas se a leitura da realidade é má, tudo o resto – reacções emocionais e comportamentos instrumentais – pode ser igualmente mau”.

Tendo em conta outra temática, uma vez que, segundo o INE (2013), aproximadamente 80% da população portuguesa possui alguma religião, foi considerado pertinente mencionar a religião nesta investigação como um dos mecanismos de coping existentes, nestes doentes. A religião é uma das várias formas do indivíduo expressar a sua espiritualidade. Esta é traduzida através de uma panóplia de crenças, valores e rituais que constituem um quadro de conduta para as relações intra e interpessoais (Nice, 2004, citado por Frick, Riedner, Fegg, Hauf, & Borasio, 2006).

O significado de dimensão espiritual diverge de pessoa para pessoa, já que vários sujeitos a concebem como sendo a devoção a uma religião ou a sua interligação com o divino. Por outro lado, certos indivíduos relacionam-se com a dimensão espiritual através da sua relação com outras pessoas, com o meio ambiente, na expressão artística, tendo em conta uma panóplia de valores e princípios, através da realização de investigações em prol de uma verdade científica, e ainda, neste caso, pelo facto de terem de lidar com uma patologia grave como a doença oncológica (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010).

A religião é considerada como um eficaz mecanismo de *coping*, uma vez que poderá desencadear efeitos positivos em duas áreas fulcrais na vida de um ser humano, a componente psicológica e física (Koenig & Larson 2001). Neste sentido, o *coping* religioso poderá considerar-se como adaptativo ou desadaptativo, já que experiências religiosas positivas poderão desencadear bem-estar no sujeito, levando-o a relaxar e a atenuar a dor. Por outro lado, experiências negativas, como por exemplo a perceção de que a doença é um castigo divino, poderão exacerbar os sintomas negativos da doença (Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

Relativamente à doença oncológica, pelas suas características, é uma patologia que proporciona uma série de consequências nocivas à vida e integridade do sujeito, uma vez que, se por um lado os sintomas físicos se vão atenuando no decorrer do processo, por outro lado permanecem as questões espirituais refletidas desde o início do processo da doença (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010). É ainda fulcral abordar a temática da morte quando se discutem problemáticas inerentes à doença oncológica, dado que esta doença implica uma diversidade de reacções psicológicas face à doença e ao processo de adoecer, tais como o medo da morte. Os doentes oncológicos, geralmente, experienciam uma grande vulnerabilidade o que os faz evocar a possibilidade da morte (Bennett, 2002; Giacomini, Santos, & Firmo, 2013; Ogden, 2012). Nas últimas décadas é evidente o acréscimo de investigações científicas realizadas nesta área pelo facto da componente espiritual ser cada

vez mais percecionada como essencial na atribuição de significado ao sofrimento que uma doença oncológica origina, bem como um recurso de esperança frente às transformações na sua condição de saúde (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010).

O objetivo do estudo é investigar de que modo a Vulnerabilidade ao Stresse pode introduzir diferenças na forma como a QdV é percecionada pelos doentes; se o facto de os doentes terem sido fumadores tem influência na forma como percebem a sua QdV; de que modo o recurso a estratégias de *Coping* Ativo e Religião se relacionam com a QdV e que se existe alguma associação na história clínica destes pacientes entre a presença de Hábitos Tabágicos e Etílicos

MÉTODO

Participantes

Participaram 62 indivíduos diagnosticados com Cancro da Cavidade Oral no IPO do Porto, 44 do sexo masculino e 18 do sexo feminino (idade $M=64,08$), que constituíram uma amostra por conveniência.

Material

Relativamente aos instrumentos de medida utilizados foi realizada um quadro (Quadro 1) como síntese dos seus possíveis propósitos de avaliação.

Quadro 1

Instrumentos de Avaliação

Instrumento de Avaliação	Propósitos de Avaliação
QdV - WHOQOL-bref - (Vaz-Serra, et al., 2006)	Perceção Geral de QdV; Domínio Físico; Domínio Psicológico Domínio das Relações Sociais; Domínio do Ambiente.
Vulnerabilidade ao Stresse-23 QVS (Vaz-Serra, 2000)	Presença ou Ausência de Vulnerabilidade ao Stresse; Factor 1- Perfeccionismo e intolerância à frustração; Factor 2- Inibição e dependência funcional; Factor 3- Carência de apoio social; Factor 4- Condições de vida adversas; Factor 5- Dramatização da existência; Factor 6- Subjugação; Factor 7- Deprivação de afeto e rejeição;
Estratégias de <i>Coping</i> - Brief-Cope-R (Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2009)	<i>Coping</i> Ativo Planear Utilizar Suporte Instrumental Utilizar Suporte Social Emocional Religião Reinterpretação Positiva Auto-Culpabilização Aceitação Expressão de Sentimentos Negação Auto Distração Desinvestimento Comportamental Uso de Substâncias Humor

RESULTADOS

O total de participantes na amostra é de 62 indivíduos ($N=62$), sendo na sua maioria do sexo masculino, constituindo 71% da amostra. Relativamente ao estado civil, 88,7% dos participantes são casados/as. No que diz respeito ao agregado familiar foi possível verificar que 50% dos sujeitos vivem com o/a conjuge e o/os filhos/os. Tendo em consideração a escolaridade, 61,3% da amostra tem apenas o Primeiro Ciclo do Ensino Básico (4º ano).

Quadro 2

Descrição Sociodemográfica da Amostra

		Frequência	%
Sexo	Feminino	18	29,0
	Masculino	44	71,0
Estado Civil	Solteiro/a	1	1,6
	Casado/a	55	88,7
	Divorciado/a	3	4,8
	Viúvo/a	3	4,8
Agregado Familiar	Vive Sozinho	5	8,1
	Vive apenas com o/a Conjuge	24	38,7
	Vive com o/os Filho/os	2	3,2
	Vive com o/a Conjuge e o/os Filho/os	31	50,0
Escolaridade	Sem Escolaridade	4	6,5
	Primeiro Ciclo do Ensino Básico (4º ano)	38	61,3
	Segundo Ciclo do Ensino Básico (6º ano)	6	9,7
	Terceiro Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	2	3,2
	Ensino Secundário (12º ano)	1	1,6
	Ensino Superior (Bacharelato / Licenciatura)	11	17,7
Emprego (situação atual)	Trabalhador Ativo	10	16,1
	Reformado	45	72,6
	Desempregado	2	3,2
	Baixa Médica	5	8,1
Condições Financeiras	Má	10	16,1
	Razoável	42	67,7
	Boa	10	16,1
Idade dos Participantes			
	Mínimo	Máximo	Média
Idade	41	89	64,08
			Desvio Padrão
			11,72

No que concerne à idade, esta varia entre os 41 e 89 anos, tendo uma média de 64,08 anos ($DP= 11,72$). No que concerne à situação atual de emprego, a maioria dos participantes, 72,6%, encontra-se reformado. Relativamente à condição financeira 67,7% da amostra considera a sua situação como razoável. Relativamente à variável religião presente na amostra, é constatável que 80,6% dos participantes afirma possuir uma religião e por sua vez 62,9% concorda bastante/plenamente de que a mesma tem influencia no seu bem-estar.

Quadro 3

Descrição Influência da Religião no Bem-estar

		Frequência	%
Tem alguma religião	Sim	50	80,6
	Não	12	19,4
Influência da Religião no bem-estar	Não Concordo	1	1,6
	Concordo um Pouco	10	16,1
	Concordo Bastante	8	12,9
	Plenamente de Acordo	31	50,0

Quadro 4

Descrição das Medidas de Apoio Existentes

	Família		Amigos		Profissionais de Saúde	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Ausência Total de Apoio			8	8		
Pouco Apoio			1	1		
Apoio Razoável	6	9,7	9	9	2	3,2
Bastante Apoio	6	9,7	15	15	20	32,3
Apoio Total	50	80,6	29	29	40	64,5

No que diz respeito ao Apoio sentido pela família 80,6% dos participantes referem sentir apoio total proporcionado pela mesma. Por outro lado, relativamente ao apoio sentido pelos amigos, 46,8% da amostra percebe apoio total. Por fim, no que concerne ao apoio sentido pelos profissionais de saúde, 64,5% dos participantes afirmam sentir-se totalmente apoiados.

Quadro 5

Descrição Clínica da Amostra

		Frequência	%	M Idade	DP Idade
Localização específica do tumor	Língua	45	72,6	65,76	12,35
	Gengiva	8	12,9	62,38	7,5
	Lábio	5	8,1	52,00	3,7
	Glândulas Salivares	1	1,6	57,00	
	Língua e Gengiva	1	1,6	64,00	
	Osso Maxilar Superior Esquerdo	1	1,6	57,00	
Tempo de diagnóstico	Há um ano	14	22,6		
	Há dois anos	8	12,9		
	Há três anos	9	14,5		
	Há mais de três anos	31	50,0		
Tipo de tratamento	Cirúrgico	31	50,0		
	Quimioterapia	1	1,6		
	Quimioterapia e Radioterapia	1	1,6		
	Radioterapia e Cirúrgica	16	25,8		

(cont.)	Cirúrgico, Quimioterapia e Radioterapia	13	21,0
Fumou tabaco	Sim	41	66,1
	Não	21	33,9
Ingeria Bebidas Alcoólicas	Sim	33	53,2
	Não	29	46,8

Relativamente à variável localização específica do tumor, após análise dos dados foi possível verificar que em 72,6% dos participantes o tumor localiza-se na Língua e que a média da idade destes participantes em específico é de 66 anos ($DP=12,35$). No que concerne ao tempo de diagnóstico, foi possível verificar que 50% dos participantes foram diagnosticados entre 2010 e 2013.

Relativamente às modalidades terapêuticas utilizadas, foi possível verificar que 50% da amostra realizou apenas o tratamento cirúrgico, sendo que os restantes resultados se concentram na realização de radioterapia/cirurgia e o conjunto das três modalidades. No entanto, foi considerado pertinente referir que 96,8% dos participantes realizaram o tratamento cirúrgico isoladamente ou com outros tratamentos complementares. No que concerne, aos hábitos tabágicos e etílicos foi possível verificar que 66,1% da amostra fumava tabaco e 53,2% ingeria bebidas alcoólicas, antes do diagnóstico.

Estudo 2- Vulnerabilidade ao Stresse, Estratégias de Coping e QdV

Neste segundo estudo foi realizada uma descrição do comportamento destes doentes oncológicos quanto à vulnerabilidade ao stresse, principais estratégias de *coping* utilizadas e ainda a verificação dos índices de QdV.

Quadro 6
Estratégias de Coping mais Utilizadas

	Ativo		Religião		Suporte Social/ Emocional		Autodistração	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Nunca ou poucas vezes faço isto	11	17,7	23	37,1	15	24,2	12	19,4
Costumo Fazer Isto	34	54,8	20	32,3	28	45,2	31	50,0
Faço Sempre Isto	17	27,4	19	30,6	19	30,6	19	30,6

Quadro 7
Descrição Índice Global de Vulnerabilidade ao Stresse

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Vulnerabilidade ao Stresse	8	87	42,85	18,15

Descrição Índice global de Vulnerabilidade ao stresse

		Frequência	%
Vulnerabilidade ao stresse	Ausência	37	59,7
	Presença	25	40,3

Tendo em conta uma análise abrangente foram selecionadas as estratégias de *coping* mais utilizadas por estes doentes, presentes no quadro 6, sendo elas o *coping* relativo à

religião, suporte social/emocional e autodistração com 30,6% e o *coping* ativo com 27,4% dos participantes que afirmam utilizar sempre estas estratégias.

No quadro 7 podem observar-se os resultados obtidos para a vulnerabilidade ao stresse destes doentes oncológicos. Os participantes obtiveram um mínimo de 8 e máximo 87 pontos, tendo uma média de 42,85 ($DP=18,15$). Tendo em conta que o ponto de corte que discrimina indivíduos vulneráveis dos não vulneráveis é o valor 43, verifica-se que em média os participantes aproximam-se da presença de vulnerabilidade ao stresse ($M=42,85$). De qualquer modo, e tal como é possível observar no quadro 7, com maior precisão pode-se dizer que 40,3% dos participantes apresenta critério de vulnerabilidade ao stresse.

Quadro 8

Descrição da QdV da Amostra

	Média	Desvio Padrão
Percepção Geral de QdV	57,06	24,44
Domínio Físico	65,84	18,83
Domínio Psicológico	72,24	18,20
Domínio das Relações Sociais	72,04	22,39
Domínio do Ambiente	71,31	11,52

Já no quadro 8 apresentam-se os resultados descritivos encontrados para a avaliação da QdV. Tal como é possível observar, os resultados globalmente parecem revelar uma moderada percepção de QdV, sendo o domínio psicológico e o das relações sociais os que mais se destacam pela avaliação positiva. Por outro lado, o domínio com uma pontuação mais baixa é o geral com o valor de 57,06 ($DP=24,44$).

Estudo 3- Comparativos e Correlacionais

Através do teste *Kolmogorov-Smirnov* foi possível verificar que nenhuma das variáveis provém de uma distribuição normal, mesmo sendo estas intervalares, são utilizados testes não paramétricos. Assim, foi utilizado o Coeficiente de correlação de *Spearman* para as correlações, o teste de *Mann-Whitney* para as diferenças entre grupos, e o *Chi-Square* para a associação entre variáveis nominais.

Quadro 9

Análise da Distribuição Normal através do Teste Kolmogorov-Smirnov

	Estatística	p
Percepção Geral de QdV	0,23	0,0001
Domínio Físico	0,15	0,001
Domínio Psicológico	0,13	0,006
Domínio das Relações Sociais	0,19	0,0001
Domínio do Ambiente	0,15	0,002

Testes de Hipóteses:

Quadro 10

Diferenças entre Ausência e Presença de Vulnerabilidade ao Stresse e QdV

Domínio Relações Sociais	
Mann-Whitney U	254,000
Wilcoxon W	579,000
Z	-3,028
p	0,002

Teste Mann Whitney

No decorrer desta investigação, e tal como referido anteriormente, foi proposta a análise de possíveis correlações e comparações entre as variáveis selecionadas como mais pertinentes, presentes neste estudo.

Quadro 10

Cont.

Vulnerabilidade ao Stresse		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ausência Vulnerabilidade ao Stresse	Domínio Relações Sociais	37	25,00	100,00	78,83	18,59
Presença Vulnerabilidade ao Stresse	Domínio Relações Sociais	25	8,33	100,00	62,0	24,07

Conclusão: $U=-3,028$, $p=0,002$, logo é possível concluir com 5% de significância que existem diferenças significativas entre ausência ($M=78,83$, $DP=18,59$), presença ($M=62$, $DP=24,06$) de vulnerabilidade ao stresse no que concerne à QdV no domínio das relações sociais. Estes dados proporcionam a aceitação da hipótese de que quando há ausência de Vulnerabilidade ao Stresse a perceção de QdV no Domínio das Relações Sociais é superior do que nos doentes com presença de Vulnerabilidade ao Stresse.

Quadro 11

Diferenças entre Fumadores e Não Fumadores relativamente à Percepção Geral de QdV

Percepção Geral de QdV						
Mann-Whitney U			127,500			
Wilcoxon W			193,500			
Z			-2,92			
p			0,003			
Teste Mann Whitney						
Fuma tabaco		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Não	Percepção Geral de QdV	51	0	100,00	61,27	23,22
Sim	Percepção Geral de QdV	11	12,50	87,50	37,5	20,92

Conclusão: $U=-2,92$, $p=0,003$, logo é possível concluir com 5% de significância que os fumadores ($M=37,5$, $DP=20,92$) possuem uma perceção de QdV inferior aos não fumadores ($M=61,27$, $DP=23,22$). Esta análise proporciona a aceitação da hipótese de que os fumadores possuem uma perceção de QdV inferior aos não fumadores.

Quadro 12

Correlação entre Coping Ativo e Percepção Geral de QdV

WHOQOL-bref	
Percepção Geral de QdV	
Coping Ativo	0,56
p	0,0001
N	62

Conclusão: Quanto mais evidente for o *Coping* Ativo maior será a Percepção Geral de QdV ($rs=0,56$, $p<0,001$). Estes dados proporcionam a aceitação da hipótese de que quanto mais evidente for o *Coping* Ativo maior será a Percepção Geral de QdV.

Quadro 13

Relação entre a Estratégia de Coping Religião e o Domínio Psicológico da QdV

WHOQOL-bref					
		Domínio Psicológico da QdV			
Coping Religião		0,42			
		0,001			
N		62			

Tem alguma Religião		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Sim	Domínio Psicológico	51	12,50	100,00	76,25	16,44
Não	Domínio Psicológico	11	33,33	83,33	55,56	16,02

Conclusão: Os doentes oncológicos que possuem uma Religião têm uma maior QdV no Domínio Psicológico ($rs=0,42$, $p=0,001$), ou seja, os doentes que possuem uma Religião ($M=76,25$, $DP=16,44$) tem uma maior QdV no que concerne ao Domínio Psicológico em detrimento dos que não tem qualquer religião ($M=55,56$, $DP=16,02$). Esta análise proporciona a aceitação da hipótese de que quanto mais evidente for o *Coping* Religião, nos doentes oncológicos, maior será a Qualidade de vida no Domínio Psicológico.

Quadro 14

Associação entre Hábitos Etílicos e Tabágicos Antes do Diagnóstico

Associação Entre Variáveis Qualitativas e Categóricas Finitas do Diagnóstico					
Ingeria Bebidas Alcoólicas * Fumou Tabaco					
Pearson Chi-Square		7,75			
Df		1			
p		0,005			
Teste Chi-Square					
Ingeria Bebidas Alcoólicas * Fumou Tabaco					
		Fumou Tabaco		Total	
			Sim	Não	
Ingeria Bebidas Alcoólicas	Sim	N	27	6	33
		%	43,5%	9,7%	53,2%
	Não	N	14	15	29
		%	22,6%	24,2%	46,8%

Conclusão: $X^2(1)=7,75$, $p=0,005$, logo é possível concluir com 5% de significância que a ingestão de bebidas alcoólicas está associada ao fumo de tabaco, por estes doentes, antes do diagnóstico. Estes dados proporcionam a aceitação da hipótese de que a ingestão de bebidas alcoólicas está associada ao fumo de tabaco, por estes doentes, antes do diagnóstico.

DISCUSSÃO

Seguidamente serão abordados, interpretados e debatidos os resultados encontrados na investigação realizada, tendo como referenciais os três tipos de estudos realizados anteriormente, ou seja, o Estudo 1 referente à análise descritiva, o Estudo 2 relativo à verificação da Vulnerabilidade ao Stresse, Estratégias de *Coping* e QdV destes doentes, bem como o Estudo 3 concernente à comparação e correlação de dados.

O primeiro estudo teve como objetivo a realização de um levantamento das características sociodemográficas e clínicas dos doentes com cancro da cavidade oral. Trata-se de uma área ainda muito pouco divulgada e exposta em Portugal, daí a necessidade fulcral da realização desta primeira investigação que aborda as variáveis sociodemográficas e clínicas destes doentes, permitindo no futuro incutir uma maior

sensibilidade ao nível das instituições e profissionais de saúde, bem como à sociedade em geral para os hábitos preventivos no combate a esta doença, que cada vez mais atinge a população portuguesa.

Neste âmbito, foi possível constatar que 71% da amostra é do sexo masculino, o que é corroborado por inúmeras investigações que indicam que a grande maioria dos indivíduos diagnosticados com cancro da cavidade oral são do sexo masculino. Estas investigações referem que esta maior incidência poderá estar interligada ao facto dos homens estarem mais associados à prática mais elevada de alguns dos comportamentos de risco potencialmente originadores do aparecimento desta estirpe de cancro (Ganesh, John, & Saravanan, 2013; Madani, Jahromi, Dikshit, Bhaduri, & Aghamolaie, 2010; Noce & Rebelo, 2008; Santos & Teixeira, 2011; Vieira, Araújo, & Vargas, 2012).

Esta associação a comportamentos de risco é explicada também por diversos autores que evidenciam que a maior parte destes doentes possuem baixa escolaridade (Ganesh, John, & Saravanan, 2013; Madani, Jahromi, Dikshit, Bhaduri, & Aghamolaie, 2010; Makhija, et al., 2006; Noce & Rebelo, 2008; Vieira, Araújo, & Vargas, 2012), o que vai de encontro aos resultados presentes nesta investigação que indicam que aproximadamente 70% dos participantes tem apenas até ao Primeiro Ciclo do Ensino Básico. No entanto, a baixa escolaridade existente poderá ser explicada também pela variável idade, já que a média de idades da amostra se situa nos 64 anos, e é possível referir que o Sistema de Ensino Português, anteriormente, não tinha escolaridade mínima obrigatória, pelo que grande parte da amostra acaba por não ter tido a oportunidade de frequentar o âmbito escolar. Esta informação está de acordo com o (INE, 2013), que afirma que mais de metade da população residente em Portugal possui um nível de escolaridade igual ou inferior ao Terceiro Ciclo do Ensino Básico e que também existem aproximadamente 2 milhões de reformados, uma vez que a população residente em Portugal não só praticamente parou de crescer como tem envelhecido cada vez mais, o que também está de acordo com os resultados visto que na amostra aproximadamente 73% dos doentes são reformados.

Acima foi referida a média de idades dos doentes, sendo que esta variável é sustentada segundo vários autores, que afirmam que 98% dos casos diagnosticados com cancro da cavidade oral ocorrem depois dos 40 anos (Madani, Jahromi, Dikshit, Bhaduri, & Aghamolaie, 2010; Santos & Teixeira, 2011), o que vai de encontro aos resultados obtidos já que a idade mínima dos participantes é de 41 anos.

Relativamente à Religião, esta foi considerada uma variável pertinente de investigar, uma vez que segundo o INE (2013), mais de 80% da população Portuguesa tem algum tipo de crença religiosa. Estes dados coadunam com os resultados apresentados por esta investigação, já que cerca de 81% dos participantes possuem alguma Religião. Em consonância, inúmeras investigações referem a importância da religião ou espiritualidade na gestão da saúde/ doença de uma forma positiva (Koenig & Larson 2001; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010; Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007), e por tal foi considerado pertinente verificar até que ponto os participantes consideravam que a sua religião influencia o seu bem-estar, sendo que cerca de 63% dos mesmos está bastante/plenamente de acordo com esta associação.

No que concerne à descrição clínica, os resultados permitem salientar o facto de cerca 73% das neoplasias dos participantes se localizaram na língua, o que vai ao encontro dos resultados referidos na literatura, que o classificam como o tumor da cavidade oral com maior incidência, com a faixa etária dos 60 anos predominante (Madani, Jahromi, Dikshit, Bhaduri, & Aghamolaie, 2010; Razmpa, Memari, & Naghibzadeh, 2011; Santos & Teixeira, 2011), o que também é corroborado com esta investigação, uma vez que a média

de idades dos doentes com tumores localizados na língua é de 66 anos.

Relativamente aos comportamentos de risco avaliados por este estudo, foi possível constatar que aproximadamente 66% e 53% dos participantes tendiam a fumar tabaco ou ingerir bebidas alcoólicas, respetivamente. Estes resultados são similares a outras investigações que referem a associação do diagnóstico desta estirpe de cancro com pelos menos um destes hábitos (McMahon & Chen, 2003; Razmpa, Memari, & Naghibzadeh, 2011; Sabitha, Reddy, & Jamil, 2010; Santos & Teixeira, 2011).

No que diz respeito ao Estudo 2, foi realizada uma descrição do comportamento destes doentes oncológicos quanto às principais variáveis em estudo, a Vulnerabilidade ao Stresse, as Estratégias de *Coping* e ainda a QdV. Ao investigarem-se as Estratégias de *Coping*, considerou-se pertinente verificar a sua ocorrência, e por isso apenas foram focadas as estratégias às quais estes doentes mais recorrem. Sendo a estratégia de *Coping* mais utilizada o *Coping Ativo* com uma aderência entre “*Costumo fazer isto*” e “*Faço sempre isto*” de 82,6%. No entanto, outras investigações referem que o *Coping* mais utilizado por doentes oncológicos é o do Suporte Emocional/Social (Elani & Allison, 2011; Zhou, et al., 2010) que, neste estudo específico, possui também um valor muito preponderante com 75,8% dos participantes a utiliza-lo frequentemente. Considera-se que o *Coping Ativo* foi a estratégia mais utilizada porque é, dentro das estratégias adaptativas, uma das mais utilizadas por doentes oncológicos já que se refere essencialmente à ação para remover, atenuar ou melhorar a situação indutora de stresse, neste caso a doença (Jim, Richardson, Golden-Kreutz, & Andersen, 2006).

Tendo em consideração a Vulnerabilidade ao Stresse, foi possível conferir que 40,3% dos doentes têm presença de Vulnerabilidade ao Stresse, ou seja, existem mais doentes com ausência desta variável. No entanto, a média do índice global situa-se aproximadamente nos 43, que segundo Vaz-Serra (2000) já pressupõe a existência de vulnerabilidade, uma vez que, uma pontuação igual ou acima de 43 a traduz. Importa aqui contextualizar alguns fatores que segundo o autor mais influenciam positiva ou negativamente a vulnerabilidade ao stresse, as características positivas e negativas da personalidade; a prática de exercício físico regular; acesso a um confidente; apoio social e familiar e as condições de vida adversas.

Em consonância à variável referida anteriormente, a QdV destes doentes situa-se entre valores moderados a bons (Vaz-Serra, et al., 2006), uma vez que as médias entre os diferentes domínios são muito idênticas, sendo que apenas a média da Perceção Geral de QdV é a que se apresenta com valores mais baixos (com uma média de 57,06) no entanto o valor mais alto possui uma média de 72,24 no Domínio Psicológico.

Em suma, é pertinente referir que estes doentes para além de na sua maioria não apresentarem vulnerabilidade ao stresse, também não apresentam uma má QdV, em geral.

Os resultados referentes às duas variáveis em investigação, mencionadas anteriormente, poderá ser explicado pela interligação destes dados com outras informações já verificadas, tais como, o facto das medidas de apoio existentes apresentarem percentagens muito elevadas, sendo fulcral referir que estes doentes sentem bastante/total apoio por parte da família e dos profissionais de saúde, aproximadamente, na ordem dos 90% e 97% respetivamente, o que influencia a sua Vulnerabilidade ao Stresse e QdV, uma vez que segundo Santos, Pais-Ribeiro, e Lopes (2003) a satisfação com o apoio social se encontra diretamente relacionada com o processo de adaptação à doença oncológica e às suas implicações na saúde, nomeadamente na QdV.

Também é importante evidenciar o facto de estes participantes serem muito ativos na utilização de uma diversidade de comportamentos de modo a enfrentarem melhor as

adversidades, que se pode constatar através dos resultados referentes às estratégias de *coping* mais utilizadas, o que é sustentado por vários autores que afirmam que estes doentes possuem uma elevada aptidão e disponibilidade aquando da confrontação com as implicações advindas da sua doença (Elani & Allison, 2011; List, Rutherford, Stracks, Haraf, Kies, & Vokes, 2002; Zhou, et al., 2010).

Os resultados decorrentes da Vulnerabilidade ao Stresse e QdV, poderão também ser explicados pelo facto de 50% destes doentes já terem sido diagnosticados há mais de três anos, ou seja, alguns dos sintomas iniciais, provenientes e típicos da fase de diagnóstico, poderão ter-se atenuado ou dissipado, entretanto. Sendo pertinente referir após todas estas constatações que poderá ter sido realizado um percurso de adaptação à doença oncológica, uma vez que segundo Santos, Pais-Ribeiro, e Lopes (2003), a satisfação com o suporte social se encontra diretamente relacionada com os resultados de saúde, designadamente com a qualidade de vida.

Considerando terminada a apresentação dos resultados decorrentes de uma análise mais descritiva, mas essencial, da amostra em investigação, importa agora sumarizar, de forma integrada e empiricamente sustentada, as principais evidencias quanto aos testes de hipóteses, através da exposição do Estudo 3.

A primeira constatação a destacar é a de que, quando há ausência de vulnerabilidade ao stresse, a QdV, no domínio das relações sociais, é superior, porquanto a existência de relações sociais que proporcionem apoio ao indivíduo desencadeiam ao mesmo tempo uma maior resiliência ao stresse, ou seja, este é menos vulnerável aos eventos stressores (Ozbay, et al., 2007).

O stresse vivenciado pelos doentes oncológicos poderá ocasionar uma série de sintomas nocivos à sua saúde como a solidão e o isolamento social, entre outros. No entanto, todos estes sintomas são atenuados por um recurso fulcral à perceção de QdV destes doentes a partir da perceção de suporte social proporcionado pelas relações interpessoais (Carpenter, Fowler, Maxwell, & Andersen, 2010), esta evidencia também é verificável na observação da informação descritiva da investigação que demonstra que as medidas de apoio existentes a estes doentes apresentam percentagens muito elevadas.

O suporte social prestado ao doente oncológico é considerado essencial, uma vez que constitui a oportunidade do doente poder partilhar uma série de crenças e perceções relativas à doença porque está a passar, bem como por lhe proporcionar a realização de atividades prazerosas, o que promove a saúde destes doentes (Santana, Zanin, & Maniglia, 2008). Ainda, segundo Chao (2011), o apoio social encontra-se diretamente relacionado com a redução da perceção de stresse sentida pelos indivíduos, proporcionando-lhes bem-estar psicológico e uma melhor QdV.

A segunda confirmação a evidenciar é a de que os doentes oncológicos da cavidade oral fumadores possuem uma perceção de QdV inferior aos não fumadores. Esta constatação vai de encontro ao já apurado em investigações anteriores, as quais concluíram que o consumo de tabaco possui consequências graves na saúde do indivíduo, comprometendo o normal funcionamento de praticamente todos os órgãos e respetivas funções (Babizhayev & Yegorov, 2011; Duffy, et al., 2007; Nunes, 2006; Unsal, Ayranci, & Tozun, 2010).

A investigação realizada por Aarstad, Aarstad, e Olofsson (2007) refere que os doentes com cancro desta tipologia que não cessaram os seus hábitos tabágicos possuem uma QdV inferior.

Chegou-se igualmente à conclusão de que existe uma correlação entre *coping ativo* e perceção geral de QdV, na medida em que os indivíduos que forem ativos na procura de

estratégias de enfrentamento dos seus problemas tendem a percecionar uma melhor QdV (Kinsinger, et al., 2006).

Tendo em conta o que Portrait, Lindeboom, e Deeg (2001) evidenciaram, a saúde é um fator fulcral na percepção de QdV dos sujeitos. Um estado completo de bem-estar não se encontra diretamente associado apenas à componente médica, mas a muitos outros níveis, tais como a procura de estratégias por parte do doente no enfrentamento dos seus problemas. O estado de saúde de um sujeito é um constructo multidimensional e flexível, pelo que a sua definição importa uma panóplia de diferentes aspetos do seu quotidiano.

Segundo Folkman (1997), está patente a eficácia de determinadas estratégias de *coping utilizadas* no confronto com uma doença grave, tais como a *reavaliação positiva*, *coping focado no problema* e *dirigido para objetivos*, *crenças e práticas espirituais*, e *infusão de eventos vulgares com sentido positivo*.

Por outro lado, no decorrer da análise dos resultados, foi possível verificar que mais de 80% dos participantes são religiosos, daí a pertinência em investigar até que ponto a religião se interligava com a QdV no domínio psicológico. Conclui-se que quanto mais evidente for o *Coping* Religião, nos doentes oncológicos, maior será a QdV no Domínio Psicológico.

Em consonância, Rippentrop, Altmaier, e Burns (2006) referem que a religião se encontra diretamente associada à QdV, não existindo diferenças quanto à religião em si ou prática da mesma. Igualmente Pinto e Pais-Ribeiro (2010) evidenciam a interligação, embora de forma moderada, entre a religião e a QdV dos doentes oncológicos. Este estudo evidenciou também que, mais de 50% dos doentes com cancro da cavidade oral, ou fumavam tabaco ou bebiam álcool, antes do diagnóstico. Por isso, foi considerado pertinente verificar uma possível associação entre estas duas variáveis, tendo-se concluído que a ingestão de bebidas alcoólicas está efetivamente associada ao fumo de tabaco, por estes doentes.

Tendo em conta uma diversidade de investigações, os doentes com cancro da cavidade oral, comumente mantinham o hábito de fumar tabaco e ingerir álcool de uma forma regular (Lin, Jiang, Wu, Chen, & Liu, 2011; Madani, Jahromi, Dikshit, Bhaduri, & Aghamolaie, 2010; Santana, Zanin, & Maniglia, 2008). Pelo que a prática associada destes comportamentos de risco acarreta inúmeras consequências nocivas para a saúde do indivíduo (Nunes, 2006; Ogden, 2012). Considera-se pertinente referir que segundo a Oral Cancer Foundation (2013), estes hábitos usados em conjunto aumentam em 15 vezes a possibilidade de surgimento de uma neoplasia na área oral. Por outro lado, Aarstad, Aarstad, e Olofsson (2007), referem que estes hábitos conjuntos proporcionam uma menor QdV a estes doentes que sofreram de mazelas, no decorrer da sua vida, em consequência da prática destes comportamentos.

Embora a amostra deste estudo seja reduzida, ela representa mais de 60% dos doentes em acompanhamento no IPO-Porto, no entanto não é representativa da População Portuguesa. Ficaram claras as limitações que a doença impõe e que por sua vez geram sofrimento nestes pacientes. As relações interpessoais parecem interferir na forma como os pacientes percebem a sua qualidade de vida e se adaptam à doença. Os fumadores parecem ter mais dificuldades na gestão da doença e nas consequências que esta acarreta. A religiosidade parece constituir-se como factor que auxilia a adaptação à doença, bem como o recurso a estratégias de *coping* parece facilitar um confronto positivo com as adversidades/problemas.

Os resultados deste estudo apontam para a importância de ser disponibilizado apoio psicológico a estes indivíduos, na medida em que este poderá atenuar o seu sofrimento e

desenvolver alguns recursos adaptativos. A criação de programas de intervenção promotores da qualidade de vida e do bem-estar que contemplem o treino de estratégias de *coping* ativo e a construção do sentido de vida na doença parecem ser importantes, bem como o recurso a programas de educação para a saúde, com a atenção devida por parte dos cuidados de saúde primários e com a realização de ações de sensibilização junto das populações com presumíveis comportamentos e fatores de risco associados, poderá permitir um diagnóstico precoce, essencial para salvar vidas.

Para concluir é pertinente referir que existe consciência plena de que se trata apenas do início de uma investigação cujos resultados estão longe de proporcionar conclusões seguras, suficientemente abrangentes e muito menos definitivas.

REFERÊNCIAS

- Aarstad, A. K., Aarstad, H. J., & Olofsson, J. (2007). Quality of life, drinking to cope, alcohol consumption and smoking in successfully treated hnscc patients. *Acta Otolaryngologica*, 127, 1091-1098. doi:10.1080/00016480601158757
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Carpenter, K., Fowler, J. M., Maxwell, G. L., & Andersen, B. L. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 79-90. doi:10.1007/s12160-010-9160-1
- Chao, R. C.-L. (2011). Managing stress and maintaining well-being: Social support, problem-focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling & Development*, 89, 338-348. doi:10.1002/j.1556-6678.2011.tb00098.x
- D'Souza, G., & Dempsey, A. (2011). The role of HPV in head and neck cancer and review of the HPV vaccine. *Preventive Medicine*, 53, 5-11. doi:10.1016/j.ypmed.2011.08.001
- Duffy, S. A., Ronis, D. L., Valenstein, M., Fowler, K. E., Lambert, M. T., Bishop, C., & Terrell, J. E. (2007). Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics*, 48, 142-148. doi:10.1176/appi.psy.48.2.142
- Elani, H. W., & Allison, P. J. (2011). Coping and psychological distress among head and neck cancer patients. *Support Care Cancer*, 19, 1735-1741. doi:10.1007/s00520-010-1013-8
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45, 1207-1221. doi:10.1016/S0277-9536(97)00040-3
- Horney, D. J., Smith, H. E., McGurk, M., Weinman, J., Herold, J., Altman, K., & Llewellyn, C. D. (2011). Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 33, 65-71. doi:10.1002/hed.21407
- Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2011*. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: Desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: ASA.
- Kinsinger, D. P., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Dahn, J. R., Lechner, S., & Schneiderman, N. (2006). Psychosocial and sociodemographic correlates of benefit-finding in men treated for localized prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 954-961. doi:10.1002/pon.1028
- Koenig, H. G., & Larson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67-78.

doi:10.1080/09540260120037290

- List, M. A., Rutherford, J. L., Stracks, J., Haraf, D., Kies, M. S., & Vokes, E. E. (2002). An exploration of the pretreatment coping strategies of patients with carcinoma of the head and neck. *American Cancer Society*, 95, 98-104. doi:10.1002/cncr.10653
- Madani, A. H., Jahromi, A. S., Dikshit, M., Bhaduri, D., & Aghamolaie, T. (2010). Socio-demographic factors related to oral cancer. *Journal of Social Sciences*, 6, 141-145.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco: Efeitos na saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 225-244.
- Odgen, J. (2012). *Health psychology: A textbook*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Oral Cancer Foundation. *The tobacco connection*. Disponível em: <http://oralcancerfoundation.org/tobacco/index.htm>
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.), *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J., & Rodrigues, A. (2009). Quando a avaliação do coping precisa de ser breve: Estudo de uma versão ainda mais reduzida do Brief Cope. In S. N. Jesus, I. Leal, & M. Rezende (Eds.), *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 473-481). Faro: CUIP.
- Penner, J. L. (2009). Psychosocial care of patients with head and neck cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 25, 231-241. doi:10.1016/j.soncn.2009.05.008
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: Implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 49-56.
- Portrait, F., Lindeboom, M., & Deeg, D. (2001). Life expectancies in specific health states: Results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demograph*, 38, 525-536. doi:10.1353/dem.2001.0038
- Radoi, L., & Luce, D. (2012). A review of risk factors for oral cavity cancer: The importance of a standardized case definition. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40, 1-27. doi:10.1111/j.1600-0528.2012.00710.x
- Razmpa, E., Memari, F., & Naghibzadeh, B. (2011). Epidemiologic and clinicopathologic characteristics of tongue cancer in Iranian patients. *Tehran University of Medical Sciences*, 49, 44-48.
- Registo Oncológico Regional do Norte. (s.d). *Sobrevivência de doentes oncológicos diagnosticados entre 2000 e 2006 na Região Norte de Portugal*. Disponível em: http://www.roreno.com.pt/pt/estatisticas/documentos.html?region_id=-1&tumor_id=6
- Sabitha, K., Reddy, M. V., & Jamil, K. (2010). Smoking related risk involved in individuals carrying genetic variants of CYP1A1 Gene in head and neck cancer. *Cancer Epidemiology*, 34, 587-592. doi:10.1016/j.canep.2010.05.002
- Sammarco, A., & Konecny, L. M. (2010). Quality of life, social support, and uncertainty among latin and caucasian breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum*, 37, 93-99. doi:10.1188/10.ONF.93-99
- Santana, J. J., Zanin, C. R., & Maniglia, J. V. (2008). Pacientes com câncer: Enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18, 371-384. doi:10.1590/S0103-863X2008000200013
- Santos, C. S., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4, 185-204.

- Santos, L. L., & Teixeira, L. M. (2011). *Oncologia oral*. Lisboa: Lidel.
- Semple, C. J., Dunwoody, L., Kernohan, W. G., McCaughan, E., & Sullivan, K. (2008). Changes and challenges to patients' lifestyle patterns following treatment for head and neck cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 85-93. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04698.x
- Silveira, A., Ribeiro, C., Gonçalves, J., Oliveira, A., Silva, I., Lopes, C.,.... Pimentel, F. (2009). Qualidade de vida em doentes oncológicos da cabeça e pescoço tratados no Instituto Português de Oncologia do Porto: Comparação de instrumentos de medida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 59-66.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 20, 279-308.
- Vaz-Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Autor.
- Wachholtz, A., Pearce, M., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 311-318. doi:10.1007/s10865-007-9114-7

COMPROMETIMENTO ORGANIZACIONAL, GESTÃO DE CONFLITOS E LIDERANÇA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Camila Silloto 1 e Graça Andrade  2

1-Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal; 2- ² Departamento das Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTeSL-IPL), Lisboa, Portugal

O comprometimento organizacional tem surgido como um conceito essencial no estudo dos comportamentos dos indivíduos em relação ao trabalho, podendo ser definido como a intensidade e a estabilidade da relação do indivíduo para com a organização em que trabalha. O comprometimento por si só não garante o sucesso da organização, mas um elevado grau de comprometimento dos colaboradores pode contribuir para a eficiência da organização, garantindo que esta atinja os seus objetivos (Morrow & Wirth, 1989).

Na área da saúde os profissionais que assumem cargos de gestão, e que se sentem comprometidos com a instituição em que trabalham, sustentam os valores e objetivos da organização, os quais frequentemente colidem com os seus valores profissionais. Num estudo com enfermeiros verificou-se que, entre outras, a pressão organizacional e o envolvimento organizacional são fontes de stress (Falnagan, & Flanagan, 2002). Sendo raros os estudos que abordam o comprometimento organizacional dos profissionais nas instituições de saúde, torna-se importante conhecer melhor este processo.

Segundo Allen e Meyer (1990), o comprometimento organizacional é o laço psicológico que vincula a relação do indivíduo à organização, influenciando a sua decisão de nela permanecer. Tal definição pressupõe que o comprometimento não seja tido em consideração simplesmente como lealdade passiva mas como uma relação ativa dos indivíduos para com a organização, no sentido em que estes estão dispostos a fornecer algo à organização, a atuar em prol da mesma e do bem-estar organizacional.

O comprometimento organizacional foi inicialmente considerado uma constructo unidimensional, mas os estudos e modelos mais recentes têm-no considerado um conceito multidimensional (Meyer & Herscovitch, 2001; Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnytsky, 2002). No modelo desenvolvido por Meyer e Allen o comprometimento é descrito como resultado da conjugação de três dimensões: afetiva, instrumental e normativa - que correspondem a estados psicológicos distintos, podendo a relação do indivíduo com a organização refletir vários graus das três dimensões em simultâneo (Allen & Meyer, 1990; Meyer & Allen, 1997).

A dimensão afetiva revela a identificação do indivíduo com as metas organizacionais, bem como a introjeção dos seus valores, assumindo-os como seus,

 - Graça Andrade, Departamento das Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Tecnologias da Saúde (ESTeSL-IPL), Lisboa, Portugal, e-mail: mgandrade@estesl.ipl.pt

potenciando uma postura ativa e o desejo de dar algo de si à organização (Allen & Mayer, 1996; Mowday, Steers & Porter, 1982).

O domínio instrumental é definindo como a percepção do trabalhador face às trocas celebradas enquanto parte integrante da organização. O indivíduo permanece na empresa em prol de custos e benefícios associados à sua saída. O comprometimento é mantido para evitar a perda do investimento já feito na instituição ou face à ausência de opção para mudar de emprego (Meyer, Allen & Smith, 1993). Em situações em que o indivíduo se encontra descontente é natural que se desenvolva uma ligação mais instrumental (Allen & Meyer, 1996).

O comprometimento normativo reflete-se nos comportamentos que são impulsionados pelo conjunto de pressões normativas que o indivíduo adota internamente. É então um vínculo do trabalhador para com os interesses e finalidades da organização, criado e continuado por essas mesmas pressões normativas (Allen & Meyer, 1990; Wiener, 1982).

As implicações do comprometimento organizacional têm sido amplamente estudadas, sendo evidente que os efeitos das três dimensões referidas são diferenciados. O desempenho está positivamente associado ao comprometimento afetivo e o comprometimento normativo, ao passo que a relação com o comprometimento instrumental é quase nula ou negativa (Meyer & Allen, 1997). Outros estudos apontam para que as variáveis ligadas à produtividade e ao comportamento organizacional (e.g., assiduidade, desempenho da função, comportamentos de cidadania organizacional) apresentam igualmente uma correlação mais acentuada com a componente afetiva, seguida da normativa e por fim com instrumental (Mathieu & Kohler, 1990; Meyer & Allen, 1997; Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnysky, 2002).

Várias características sociodemográficas têm sido associadas ao comprometimento organizacional. Meyer e colaboradores (2002) numa meta-análise de antecedentes do comprometimento organizacional, concluem que os estudos analisados confirmam a correlação positiva (embora fraca) dos diferentes tipos de comprometimento com a idade, o tempo na organização e o tempo na função. Embora neste estudo não fosse evidente a diferença de comprometimento entre homens e mulheres, um estudo anterior sugere que as mulheres são mais comprometidas que os homens (Mathieu & Zajac, 1990). Um outro trabalho apresenta resultados que indicam que as mulheres tendem a apresentar níveis de comprometimento afetivo mais elevados que os homens (Abdulla & Shaw, 1999). Ainda no estudo de Mathieu e Zajac verifica-se que as habilitações académicas se relacionam negativamente com todas as dimensões do comprometimento, justificando os autores esta relação por as expectativas dos colaboradores com mais formação serem mais exigentes.

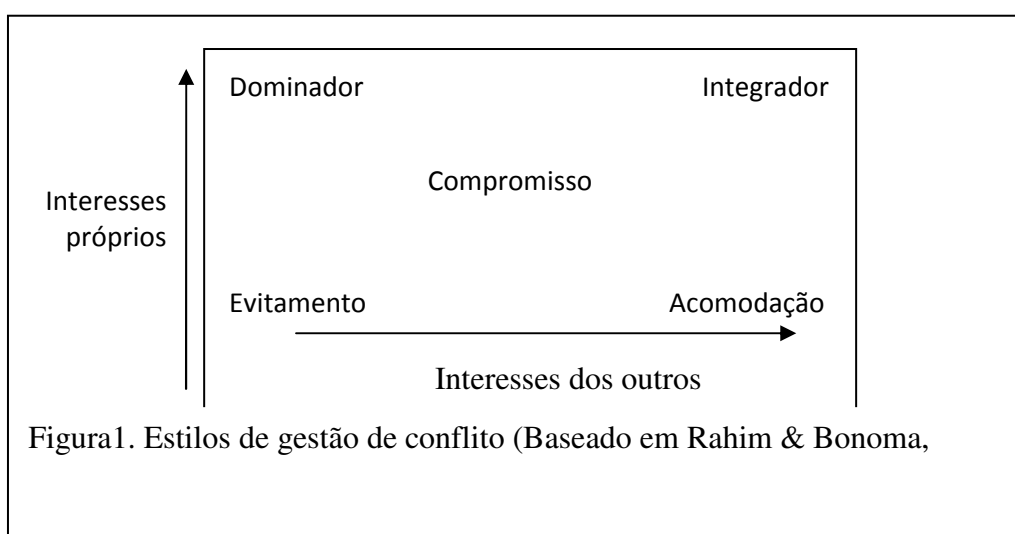
A maioria dos estudos que relacionam a liderança e comprometimento organizacional tem-se focado no impacto do estilo de liderança no comprometimento organizacional dos colaboradores (Caetano & Tavares, 2000). A comunicação do líder com os colaboradores, o estilo participativo de liderança e a interdependência de tarefas estão positivamente associadas com o comprometimento dos colaboradores na organização (Mathieu & Zajac, 1990). Outro estudo realizado por Ferreira (2006) identificou que o comprometimento dos colaboradores era positivamente influenciado por três características de liderança: liderança transacional, influência idealizada e motivação inspiracional. Contudo o comprometimento organizacional dos próprios líderes tem sido pouco estudado.

A gestão de conflitos é uma das funções de liderança (Yukl, 2002). Sendo o conflito a percepção de incompatibilidade de interesses, que decorre da diferença de objetivos,

motivações e planos de ação entre duas ou mais partes (Tjosvold, 2006), é um fenómeno com que qualquer gestor é inevitavelmente confrontado. As instituições de saúde têm algumas características que potenciam o aparecimento de conflitos. Os profissionais com especializações diferenciadas trabalham de forma interdependente, o que fomentam o confronto de diferentes objetivos e perspetivas. A desigual valoração social dos trabalhos especializados, as questões relacionadas com a divisão do trabalho e a autonomia de decisão são também frequentes fontes de conflito (Farias & Vaitsman, 2002). Os recursos insuficientes, as falhas de comunicação e o stress são também geradores de conflitos em todos os níveis das instituições de saúde (Machado et al., 2012; Peduzzi, 2001).

O modo como o conflito é gerido torna-se crucial para o funcionamento da instituição e bem-estar dos profissionais que nela trabalham. Se a frequência do conflito for moderada e se este for bem gerido, pode ser uma oportunidade de criatividade e inovação, maior comunicação e diminuição de tensões (Bacal, 2004). Contudo todo o conflito corre o risco de se tornar destrutivo, podendo gerar um clima de insatisfação no trabalho, aumento de absentéismo e *turnover*, comunicação reduzida, diminuição do empenho profissional e lealdade organizacional e, em situações extremas, implicar prejuízos a longo prazo nas relações de trabalho e no desempenho dos profissionais (Vivar, 2005).

As competências de gestão de conflitos dos líderes são então fundamentais nos vários níveis de uma instituição de saúde. O estilo individual de gestão do conflito tem sido alvo de uma variedade de taxionomias. Uma das primeiras propostas concetuais foi a de Deutsh (1949) que propunha uma classificação dicotómica em que o estilo competitivo de abordar o conflito se oponha a um estilo cooperativo. Esta classificação dicotómica revelou-se excessivamente simplista para abordar a forma com os indivíduos confrontam os conflitos. Rahim e Bonoma (1979) propõem um modelo com duas dimensões base: centração nos interesses próprios (*i.e.*, grau em que cada uma das partes procura satisfazer os seus objetivos) e nos interesses dos outros (*i.e.*, grau em que cada uma das partes procura satisfazer os objetivos da outra parte). As combinações dos diferentes graus destas duas dimensões resultam em cinco estilos de resolução de conflito: colaboração, competição, evitamento, acomodação e compromisso (figura 1).



Nenhum dos estilos de gestão de conflitos é por si só mais adequado, dependendo a

sua eficácia das características da situação e das partes envolvidas (Rahim, 2002). Contudo, quando confrontado com o conflito cada indivíduo tende a optar preferencialmente por um número limitado de estilos de gestão de conflito (Hendel, Fish, & Galon, 2005; Rahim, 1983) e esta opção é influenciada por características individuais (Antonioni, 1998). Os diferentes estilos de gestão de conflito implicam contudo diferentes graus de envolvimento do líder, sendo que o integrador e o de compromisso implicam geralmente soluções e processos mais complexos que exigem elevado envolvimento. Assim é pertinente considerar que o comprometimento organizacional do líder possa estar associado à utilização de diferentes estratégias de gestão de conflito.

No contexto da abordagem comportamental da liderança são frequentemente considerados dois critérios para definir os estilos de liderança: orientado para a relação e para a tarefa (Blake & Mouton, 1964). Fiedler (1967) retomou esta conceptualização para caracterizar os estilos de liderança, defendendo no seu modelo contingencial que a adequação de cada um dos estilos de liderança dependeria das características da situação (*i.e.*, relação líder liderados, estruturação da tarefa, poder do líder e clima do grupo). Vários estudos têm analisado a relação entre os estilos de liderança e o comprometimento organizacional dos colaboradores mas não se conhecem estudos que abordem a relação entre comprometimento do líder e o seu estilo de liderança.

O presente estudo tem como objetivo estudar a relação entre o grau de comprometimento organizacional do líder com o estilo de gestão de conflito, o estilo de liderança e as variáveis demográficas. Pretende-se também estudar a relação das três dimensões do comprometimento com as variáveis referidas.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 72 responsáveis de serviços/equipas das diferentes áreas de uma instituição privada de saúde, na área metropolitana de Lisboa. Foram incluídos todos os profissionais com funções de direção e/ou coordenação, que correspondam a cargos formais de chefia em todas as áreas institucionais. Estas áreas agrupam-se em: Direção e coordenação central, áreas médicas, áreas técnicas de diagnóstico, enfermagem, administrativos e serviços de apoio.

As características sociodemográficas dos participantes apresentam-se no Quadro 1.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

	%		%
Sexo		Tempo na unidade	
Feminino	51	<2	2,8
Masculino	49	2-4	27,8
		≥5	69,4
Tempo de exercício da função		Habilitações académicas	
<1	2,8	2º Ciclo	2,8
1-2 anos	5,6	3º Ciclo	18,1
2-4 anos	33,3	Bacharelato	6,9
> 4 anos	58,3	Licenciatura	55,6
		Mestrado	16,7

Material

Para a recolha de dados foi utilizada a metodologia de questionário. Para a avaliação do comprometimento organizacional foi utilizado *Organizational Commitment Questionnaire* - OCQ (Meyer & Allen 1997; Meyer, Allen & Smith, 1993) na sua versão traduzida e validada para português (Nascimento, Lopes & Salgueiro 2008). O *score* total do questionário varia entre 19 e 133. Um elevado comprometimento organizacional corresponde a valores entre 95 e 133; um comprometimento moderado situa-se entre 57 e 94 e um baixo comprometimento organizacional corresponde a valores inferiores ou iguais a 56 (Meyer & Allen, 1997). Este questionário permite também a avaliação em relação às três dimensões do comprometimento organizacional: comprometimento afetivo, comprometimento normativo e comprometimento instrumental. As duas primeiras podem assumir valores entre 1 a 42 e o comprometimento instrumental oscila entre 1 e 49. No presente estudo os valores do Alpha de Cronbach do resultado global e das três dimensões do questionário oscilaram entre 0,80 (normativo) e 0,84 (instrumental).

Para avaliar o estilo de liderança foi utilizado a escala LPC (*Least Preferred Coworker*) adaptada por Jesuíno (2005) a partir da versão original de Fiedler (1965), que permite a classificação do estilo de liderança como mais orientado para a tarefa, para a relação ou intermédio. O coeficiente de consistência interna do questionário foi de 0,89.

O Estilo de gestão de conflito foi avaliado pelo questionário de Estratégias para a Resolução do Conflito (Jesuíno, 2003) adaptado de Thomas (1976). Este instrumento avalia as dimensões dos cinco estilos pessoais de resolução de conflito já referidos: colaboração, compromisso, competição, acomodação e o evitamento. Os valores da consistência interna encontrados no presente estudo variaram entre 0,63 (competição) e 0,74 (acomodação).

Procedimento

Este estudo foi realizado numa instituição de saúde privada cujos serviços se desenvolvem nas áreas de clínica médica e de diagnóstico. O estudo foi autorizado pela direção da instituição. A cada participante foi explicado o objetivo e pedido o consentimento para a sua participação. Os dados foram recolhidos entre maio e setembro de 2012.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. Para a comparação dos estilos de resolução de conflito (variável contínua) nos três grupos de comprometimento organizacional foi utilizado o teste Anova One-Way. Para a comparação dos grupos de comprometimento organizacional relativamente ao estilo de liderança e às variáveis sociodemográficas usou-se o t de Student que permite a comparação de dois grupos quando a variável dependente é de tipo quantitativo. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Quando a homogeneidade de variâncias não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student com a correção de Welch. O nível de significância considerado foi de 0,05.

RESULTADOS

Caracterização da amostra relativamente ao comprometimento organizacional, estilos de liderança e gestão de conflito

Em relação ao comprometimento organizacional global, a maioria da amostra apresentam um nível de comprometimento elevado (55,5%), seguindo-se os líderes com um comprometimento moderado (43,1%) e só 1,4% apresentam um comprometimento baixo. Relativamente ao tipo de comprometimento dominante, 51,4% apresentam valores mais elevados para o comprometimento normativo, 38,9% para o comprometimento instrumental e 9,7% para o afetivo. Para as estratégias de resolução de conflito verifica-se que a maioria dos líderes utiliza estratégias de compromisso (51,4%) e de colaboração (29,2%). As estratégias de competição e acomodação são utilizadas preferencialmente por 12,5% e 5,6% respetivamente. O estilo de evitamento é o mais utilizado por 1,2% da amostra. Quanto aos estilos de liderança 36,1% apresenta um valor baixo no questionário LPC indicando um estilo de liderança mais orientado para a tarefa, 40,3% revela uma orientação para as relações humanas e 23,6% tem um estilo intermédio.

Comprometimento organizacional e estratégias de resolução de conflito

Os resultados indicam não haver diferenças significativas do estilo de resolução de conflitos utilizado pelos líderes em função do tipo de comprometimento organizacional dominante (Quadro 2). Contudo, existe uma diferença marginal ($p<0,10$) na utilização da estratégia de competição, sendo que esta estratégia é mais utilizada pelos líderes com estilo instrumental.

Quadro 2

Estratégias de resolução de conflitos e estilos de comprometimento

	Afetivo		Normativo		Instrumental		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Colaboração	20,40	3,71	19,27	2,59	18,86	2,26	0,44
Compromisso	21,60	1,34	20,51	1,91	19,79	3,25	0,14
Competição	18,60	1,67	17,35	2,04	18,64	2,67	0,07
Acomodação	18,00	1,73	17,05	2,24	17,29	2,27	0,65
Evitamento	13,20	1,64	12,70	3,59	11,89	3,08	0,53

Comprometimento organizacional e estilos de liderança

Foram testadas as diferenças do estilo de liderança em função do comprometimento organizacional (score total e tipo de comprometimento dominante), que se apresentam no Quadro 3.

Quadro 3

Comprometimento organizacional e estilos de liderança

	Líderes orientados para a tarefa		Líderes orientados para as relações humanas		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Comprometimento total	87,61	19,09	99,17	12,02	0,01
Comprometimento Afetivo	20,62	2,75	21,14	2,24	0,44
Comprometimento Normativo	26,08	8,65	32,48	5,63	0,003
Comprometimento instrumental	27,38	12,95	31,79	7,59	0,13

O grau de comprometimento organizacional dos líderes orientados para a tarefa é significativamente inferior ao dos líderes orientados para a relação ($t(42,282) = -2,65$; $p=0,01$). Os líderes orientados para as relações humanas apresentam valores significativamente mais altos de comprometimento normativo ($t(42,168)=-3,21$; $p=0,003$). Não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois estilos relativamente aos restantes tipos de comprometimento organizacional.

Comprometimento organizacional e características sociodemográficas

Foram analisadas as relações entre o grau de comprometimento organizacional com as variáveis sociodemográficas (sexo, tempo na unidade, tempo na função e habilitações académicas), que se apresentam no quadro 4. Para o tempo na unidade e na função e também para as habilitações académicas foram retiradas as categorias que tinham uma frequência igual ou inferior a 5. Nas habilitações académicas foram agrupadas as categorias licenciatura e mestrado na categoria ensino superior.

Quadro 4

Comprometimento organizacional e características sociodemográficas

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Sexo			
Fem	98,54	12,21	0,003
Masc	86,60	18,94	
Habilitações académicas			
3º ciclo	101,69	9,46	0,01
Ensino superior	89,78	17,00	
Tempo na unidade			
2-4 anos	85,80	19,95	0,03
≥ 5 anos	95,46	15	
Tempo na função			
2-4 anos	95,12	16,06	0,69
> 4 anos	93,54	15,14	

O comprometimento organizacional é significativamente mais elevado nos líderes do sexo feminino, nos que têm formação não superior (3º ciclo) e naqueles com mais anos na unidade em que trabalham. O tempo na função de direção/coordenação não se revelou diretamente relacionado com o grau de comprometimento.

Quando analisadas a três dimensões de comprometimento em função das variáveis sociodemográficas (quadro 5), verifica-se que os dois sexos se diferenciam na medida em que as mulheres tendem a ter valores significativamente mais elevados de comprometimento afetivo ($t(70)=2,02$; $p=0,04$) e instrumental ($t(70)=4,48$; $p=0,0001$).

Quadro 5

Comprometimento organizacional e sexo

	Feminino		Masculino		<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Comprometimento Afetivo	21,41	2,03	20,29	2,64	0,04
Comprometimento Normativo	30,54	7,17	28,40	8,41	0,24
Comprometimento instrumental	33,32	7,77	23,91	9,96	0,0001

Não se encontraram diferenças significativas dos três tipos de comprometimento relativamente às habilitações académicas, ao tempo de exercício da função e ao tempo na unidade. Contudo os valores mostram uma tendência marginal para que os líderes com mais de 5 anos na unidade de serviço tenham um grau mais elevado de comprometimento instrumental ($t(68)=-0,43$; $p=0,06$).

DISCUSSÃO

Os resultados permitem afirmar que os líderes da amostra manifestam um elevado comprometimento normativo, um moderado comprometimento instrumental, e um fraco comprometimento afetivo. Estes resultados divergem dos resultados de outros estudos (Meyer & Allen, 1997) que evidenciam um predomínio do comprometimento afetivo. A maioria da amostra tem um predomínio do comprometimento normativo, o que significa que a obrigação de cumprir com as pressões que lhe são impostas são o principal vínculo de ligação com a empresa, havendo somente um número muito baixo de líderes que aderem internamente aos valores e objetivos institucionais (comprometimento afetivo).

No presente estudo não se encontraram diferenças significativas entre as estratégias de resolução de conflito em função do tipo de comprometimento dominante do líder. A ausência de estudos semelhantes não permite fazer uma análise comparativa destes resultados. Embora sem significância estatística, haverá uma tendência para que os líderes com maior comprometimento instrumental tendem a desenvolver mais estratégias competitivas de resolução de conflito, como forma de ver seus objetivos e interesses concretizados. Os indivíduos que utilizam estratégias competitivas apresentam comportamentos que visam essencialmente defender os interesses próprios. Esta perspetiva apresenta proximidade com a linha dominante no comprometimento instrumental, em que o indivíduo se centra no evitamento de prejuízos pessoais.

Neste estudo os líderes orientados para a relação apresentam níveis significativamente mais elevados de comprometimento organizacional. Considerando que as mudanças impostas hoje em instituições de saúde estão centrados em objetivos exigentes relacionados com produtividade, redução de custos e qualidade, poder-se-ia esperar que os líderes com comprometimento mais elevado se centrassem mais em comportamentos que visassem a consecução de tarefas e objetivos. O resultado obtido poderá indicar que os líderes deste estudo têm a perceção de que a centração nas boas relações dos membros das equipas de trabalho são um recurso facilitador e indispensável para a consecução dos objetivos e das mudanças institucionais.

Quanto às variáveis demográficas os resultados confirmam que as mulheres têm níveis de comprometimento mais elevado e apresentam também níveis superiores de comprometimento afetivo e instrumental. Estes resultados estão de acordo com investigações anteriores (Abdulla & Shaw, 1999; Mathieu & Zajac, 1990) à exceção dos valores relativos ao comprometimento instrumental.

O grau de comprometimento organizacional parece ser superior nos líderes com frequência do Ensino Superior em comparação com os que concluíram o 3º ciclo de escolaridade, confirmando os resultados de Mathieu e Zajac (1990). Uma formação superior pode gerar expectativas profissionais mais difíceis de serem satisfeitas as quais, confrontadas com a realidade profissional, diminuem a probabilidade de um maior envolvimento profissional. Por esta razão os profissionais com formação superior

deverão ser alvo de intervenções diferenciados para o desenvolvimento do comprometimento organizacional. Os líderes com cinco ou mais anos na unidade em que trabalham revelam maior comprometimento organizacional. Este dado poderá indicar que a escolha de um gestor/coordenador que já trabalhe na unidade há alguns anos pode facilitar um maior comprometimento organizacional do líder.

O presente estudo apresenta objetivos inovadores na medida em que se foca na relação do comprometimento organizacional do líder com os seus estilos de gestão de conflitos e de liderança. Por outro lado são raros os estudos sobre o comprometimento organizacional em instituições de saúde e remetem exclusivamente para a área da enfermagem (e.g., Hendel et al., 2005; Loke, 2001; McNeese-Smith, 2001).

Contudo algumas limitações devem ser apontadas. O número de líderes da amostra com comprometimento afetivo foi baixo, criando alguma heterogeneidade na distribuição dos participantes nos tipos de comprometimento dominante. Seria ideal que os elementos da amostra proviessem de diferentes instituições de saúde, de modo a reforçar a generalização de resultados. O facto de os líderes serem provenientes de áreas muito diversas (e.g., médicas, de enfermagem, administrativos e serviços de apoio) com objetivos e com culturas profissionais diferentes, pode ter gerado uma diversidade que, se por um lado é positiva, poderá ter impedido resultados mais conclusivos. Assim, serão relevantes futuros estudos que abordem o comprometimento organizacional dos líderes, incidindo sobre grupos profissionais específicos nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- Abdulla, M., & Shaw, J. (1999). Personal factors and organizational commitment: main and interactive effects in the United Arab Emirates. *Journal of Managerial Issues*, 11, 77-99. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/40604255>
- Allen, N., & Meyer, J. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276. doi: 10.1006/jvbe.1996.0043
- Allen, N., & Meyer, J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18. doi: 10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x
- Antonioni, D. (1998). Relationship between the big five personality factors and conflict management style. *International Journal of Conflict management*, 9, 336-355. doi: 10.1108/eb022814
- Bacal, R. (2004). Organizational Conflict – The good, the bad and the ugly. *Journal for Quality & Participation*, 27, 21-22. Retirado de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=d7b95228-1d6b-45cc-9801-56394503cdf3%40sessionmgr115&hid=117>
- Blake, R., & Mouton, J.S. (1964). *The managerial grid*. B. Houston, Tex Gulf Publishing.
- Caetano, A., & Tavares, S. (2000). *Determinantes da implicação organizacional em cinco países europeus*. Trabalho e Cidadania. Lisboa: ICS.
- Deutsch, M. (1973). *The resolution of conflict*. New Haven: Yale University Press.
- Farias, L. O., & Vaitsman, J. (2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1229-1241. doi: 10.1590/S0102-311X2002000500015
- Ferreira G.M.M.F. (2006). *A liderança e suas relações com o comprometimento*

- organizacional*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Natal. Disponível em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:repox.ibict.brall:oai:bdttd.bczm.ufrn.br:862>
- Flanagan N.A., & Flanagan J.(2002). An analysis of the relationship between job satisfaction and job stress in correctional nurses. *Research in Nursing & Health*, 25,282-94. doi: 10.1002/nur.10042
- Fiedler, F.E. (1967). *A theory of leadership effectiveness*. New-York: McGraw Hill.
- Hall, J., & Donnell, S.M. (1979), Managerial achievement; the personal side of behavior theory. *Human Relations*, 32, 77-101.doi: 10.1177/001872677903200106
- Hendel, T., Fish, M., & Galon, V. (2005). Leadership style and choice of strategy in conflict management among Israeli nurse managers in general hospitals. *Journal of Nursing Management*, 13, 137–146. doi: 10.1111/j.1365-2934.2004.00525.x
- Jesuino, J. C. (2005). *Processos de liderança* (4ª ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Loke, J.C.F. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Healthcare Management*, 9, 191-204. doi: 10.1046/j.1365-2834.2001.00231.x
- Machado, B.P., Paes, L.G., Diaz, P.S., Santos, T.S., Lima, S.B.S., & Prochnow, A.G. (2012). Conflictos en las instituciones de salud: Desafio necesario al trabajo del enfermero. *Index de Enfermeria*, 21, 58-61. doi: 10.4321/S1132-12962012000100013.
- Mathieu, J., & Kohler, S. (1990). A test of the interactive effects of organizational commitment and job involvement on various types of absence. *Journal of Vocational Behavior*, 36, 33-44. doi: 10.1016/0001-8791(90)90013-R
- Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, 108, 171-194. doi: 10.1037//0033-2909.108.2.171
- McNeese-Smith, D.K. (2001). A nursing shortage: Building organizational commitment among nurses. *Journal of Healthcare Management*, 46,173-186.
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research and application*. London: Sage Publications.
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538-551. doi: 10.1037/0021-9010.78.4.538
- Meyer, J. P., Becker, T. E., & Van den Berghe, C. (2004). Employee commitment and motivation: A conceptual analysis and integrative model. *Journal of Applied Psychology*, 89, 991-1007. doi: 10.1037/0021-9010.89.6.991
- Meyer, J. P., Allen, N. J., & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538-551.doi: 10.1037//0021-9010.78.4.538
- Meyer, J. P., & Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 11, 299-326. doi: 10.1016/S1053-4822(00)00053-X
- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61, 20–52. doi: 10.1006/jvbe.2001.1842
- Mowday, R. T., Porter, L. W., & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover*. New York: Academic

- Press.
- Morrow, P., & Wirth, R. (1989). Work commitment among salaried professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 40-56. doi: 10.1016/0001-8791(89)90063-8
- Nascimento, J. L., Lopes, A., & Salgueiro, M. F. (2008). Estudo sobre a validação do “Modelo de Comportamento Organizacional” de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento organizacional e gestão*, 14, 115-133. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/cog/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Peduzzi, M. (2001). Multiprofessional healthcare team: concept and typology. *Revista de Saúde Pública*, 35, 103-109. doi:org/10.1590/S0034-89102001000100016
- Rahim, M. (2002). Toward a theory of managing organizational conflict. *International Journal of Conflict Management*, 3, 206-235. doi: 10.2139/ssrn.437684
- Rahim, M.A. (1983). A measure of styles of handling interpersonal conflict. *Academy of Management Journal*, 1, 368-376. doi: 10.2307/255985
- Rahim, M., & Bonoma, T. (1979). Managing organizational conflict: a model for diagnosis and intervention. *Psychological Reports*, 44, 1323-1344. doi: 10.2466/pr0.1979.44.3c.1323
- Tjosvold, D. (2006). The conflict-positive organization: It depends upon us. *Journal of Organizational Behavior*, 29, 19–28. doi: 10.1002/job.473
- Vazquez, M.G., & Garcia, M.O.(1995). Os programas de saúde – A gestão de um programa. *Acta Médica Portuguesa*, 8, 191-195. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2673/2064>
- Vivar, C. (2005). Putting conflict management into practice: a nursing case study. *Journal of Nursing Management*, 14, 201–206. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01196.x
- Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: a normative view. *Academy of Management Review*, 7, 418-428. doi: 10.5465/AMR.1982.4285349
- Yukl, G. A. (2001). *Leadership in organization* (5ª ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

PERCEÇÃO DE FALHAS DE MEMÓRIA E IDADE: O PAPEL DA DOR CRÓNICA

Filipa Lobato 1, Rute F. Meneses  1 e Antoni Castel 2

1 - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal, 2 - Hospital Universitário de Tarragona Joan XXIII, Espanha

A dor transformou-se num problema da vida moderna e, mesmo tratando-se de um sintoma muito conhecido desde tempos imemoráveis cujo conceito sofreu várias alterações ao longo dos tempos, o mistério da dor começou a ser, pormenorizadamente, mais estudado nos últimos anos (Lobato, 1992). No princípio, a ela estavam apenas associadas causas exógenas (associada a feridas, traumatismos, etc.) e adquiria conotações mágicas (já que se acreditava que era produto de espíritos malignos ou de um castigo divino pelos pecados cometidos) (Bonica & Loeser, 2000). O modelo biomédico predominou na descrição da dor durante vários anos, focalizando apenas causas biológicas, afastando o facto de que muitas doenças resultam da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Araújo-Soares & McIntyre, 2000; Lobato, 1992).

A definição de dor mais reconhecida nos últimos anos, é a descrita pela Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP) em 1979, que reconhece a natureza complexa da dor (Angelotti, 2008; Apkarian, Baliki, & Geha, 2009; Capela & Loura, 2008; Rashiq, Schopflocher, Taenzer, & Jonsson, 2008), que a define como “uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (Capela & Loura, 2008, p. 31). Esta definição destaca uma componente sensorial (lesão visceral, somática visceral, somática músculo-esquelética e neuropatias), uma componente emocional (tristeza, ansiedade, depressão, medo, raiva, frustração, etc.) e uma componente cognitiva e avaliativa (memória, atenção, pensamento, raciocínio, etc.), contribuindo para a experiência subjetiva da dor. Neste sentido, os diversos modelos interativos sobre a dor têm vindo a enfatizar a necessidade de serem consideradas variáveis cognitivas e emocionais na percepção da dor, como componentes importantes na compreensão da enfermidade, nomeadamente se a dor se prolonga no tempo adquirindo um estatuto de cronicidade.

A dor crónica (DC), definida como dor contínua, com duração igual ou superior a 6 meses que não desaparece como resultado do tratamento (American Psychiatric Association [APA], 2003; Quartilho, 2001), é relativamente frequente nos países industrializados. Estima-se que 80% das consultas médicas realizadas são por queixas de dor e que, aproximadamente, 30% padece de DC. Nos Estados Unidos da América calcula-se que, dentro de um ano, 10-15% dos adultos padeçam de incapacidade laboral devido à

 - Rute F. Meneses, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Praça 9 de Abri, 349 4249-004 Porto, E-mail: rmeneses@ufp.edu.pt

dor lombar (APA, 2003). É sabido que em Espanha as dores crónicas mais frequentes são devidas a afetações reumáticas, dor de cabeça e problemas dentários (Ferrer, 1991). Num estudo epidemiológico realizado na Catalunha, encontrou-se uma prevalência de 78,6% de dor: as localizações mais afetadas foram as costas (50,9%), a cabeça (42%) e as pernas (36,8%) (Bassols, Bosch, Campillo, Cañellas, & Banós, 1999).

Um fator associado à DC é a idade, variável que, segundo Ferrer (1991), se mostra como moderadora da experiência de dor. A idade do paciente com DC é considerada como um fator socio-evolutivo significativo na etiologia da dor. Em geral, assume-se que a dor crónica tem maior probabilidade de aumentar com a idade, sendo mais prevalente na meia-idade (Prieto, 1999; Riley & Gilbert, 2001).

Muitos autores acreditam que a dor musculoesquelética é uma condição inerente ao avanço da idade; no entanto, outros defendem que sua manifestação está relacionada principalmente ao período produtivo do homem (Robaina, León, & Sevilla, 2002). Não obstante, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2003) menciona que o transtorno da dor pode aparecer em qualquer idade. É comum ouvirem-se queixas relacionadas com dificuldades de memória, de concentração e de atenção dos pacientes com DC (Dick & Rashiq, 2007). Ao longo do processo de avaliação e intervenção psicológica, é muito frequente que estes pacientes se queixem do funcionamento deficitário da sua memória, queixas que, normalmente, são manifestadas através de expressões como: “tengo la cabeza fatal”; “tengo la cabeza perdida”. É, também, muito usual que relatem discussões familiares causadas pelos frequentes esquecimentos, que, na sua maioria, se fazem acompanhar por sentimentos de perda de controlo e afirmações auto-depreciativas: “ya no sirvo para nada”; “soy un trasto” (Esteve, Ramírez, & López-Martínez, 2001, p. 48).

Apkarian, et al. (2004) propuseram que a DC se encontra associada a um défice cognitivo específico (que ainda não se encontra identificado) que acaba por afetar o indivíduo na organização e no cumprimento das suas funções de vida diária. Assim, como os défices atencionais podem gerar problemas de retenção das informações, os pacientes com DC possuem a sua memória comprometida quando testados sob condições laboratoriais numa variedade de testes (Grisard & Van der Linden, 2001; Grisard, Van der Linden, & Masquelier, 2002).

Neste contexto, o objetivo do presente estudo é explorar as relações entre perceção de falhas de memória (PFM) e idade em adultos com e sem DC. Tendo em consideração a pesquisa bibliográfica realizada e o objetivo do estudo, foi definida a seguinte hipótese: Prevê-se diferenças significativas na PFM quando se considera a idade (Bassols, et al., 1999; Elorza, Casas, & Casáis Martinez, 1997; Keogh, Hatton, & Ellery, 2000; Riley & Gilbert, 2001).

MÉTODO

Participantes

O presente estudo integra 100 sujeitos, dos quais 50 inserem-se no grupo com DC e 50 no grupo sem DC. A sua caracterização encontra-se espelhada no quadro 1. Pela análise do quadro verifica-se que, no grupo dos pacientes com DC, a maioria pertencia ao sexo feminino, tinha mais de 45 anos ($M=49,68$; $DP=8,83$), era casada, com habilitações ao nível da instrução primária completa e pertencente a um nível socioprofissional integrado no trabalho não especializado. No que concerne à baixa e à invalidez, constata-se que grande parte dos inquiridos não estava com baixa laboral e não tinha nenhum tipo de

invalidez.

Quadro 1
Caraterização dos Participantes

	Grupo com dor crónica (n=50)		Grupo sem dor crónica (n=50)	
	Frequência (n)	Percentagem (%)	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo				
Feminino	33	66,0	36	72,0
Masculino	17	34,0	14	28,0
Idade				
25/35	4	8,0	16	32,0
36/45	8	16,0	11	22,0
Mais de 45	38	76,0	23	46,0
Estado Civil				
Solteiro	3	6,0	8	16,0
Casado	35	70,0	35	70,0
Viúvo	3	6,0	5	10,0
Divorciado/Separado	9	18,0	2	4,0
Escolaridade				
Ler e escrever	2	4,0	3	6,0
Primária incompleta	15	30,0	2	4,0
Primária completa	19	38,0	24	48,0
Estudos médios	10	20,0	14	28,0
Estudos superiores	4	8,0	7	14,0
Ocupação				
Dona de casa	11	22,0	13	26,0
Trabalhador não especializado	18	36,0	6	12,0
Trabalhador qualificado	8	16,0	15	30,0
Administração/comércio	5	10,0	10	20,0
Profissional/empresário	3	6,0	6	12,0
Outros	5	10,0	-	-
Baixa				
Sim	11	22,0	-	-
Não	39	78,0	-	-
Invalidez				
Sim	23	46,0	-	-
Não	27	54,0	-	-

No grupo dos sujeitos sem DC, verifica-se que grande parte pertencia ao sexo feminino, tinha mais de 45 anos ($M=43,52$; $DP=11,58$), era casada, 48% possuía habilitações ao nível da instrução primária completa e 30% tinha um nível socioprofissional integrado no trabalho qualificado.

Relativamente à DC, constata-se, pela análise do quadro 2, que metade dos inquiridos (grupo com DC) sofria de DC, em média, há 115,26 meses. Verifica-se ainda que estes sujeitos apresentavam uma média de intensidade máxima de dor de 7,38, mínima de 4,30 e usual (que sempre têm) de 5,64.

Quadro 2
Caraterização da Dor Crónica

	Grupo com dor crónica (n=50)			
	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Dor (meses)	115,26	94,00	10	396
Intensidade de dor (0-10)				
Máxima	7,38	2,04	1	10
Mínima	4,30	2,30	0	10
Usual (média)	5,64	2,16	0	10

Material

Utilizou-se o *Memory Failures Everyday* (MFE) e a *Escala Numérica da Dor* (END), que são instrumentos utilizados diariamente na Unidade da Dor do Hospital Universitário de Tarragona Joan XIII (Espanha) e que foram cedidos pelo Dr. Antoni Castel, psicólogo da Clínica de Dor, do Hospital em causa. Para além destes instrumentos, utilizou-se ainda um Questionário Sociodemográfico, com o objetivo de recolher informações sobre os participantes relativamente ao sexo, à idade, ao estado civil, à escolaridade, à ocupação, à baixa médica/duração e à invalidez/duração.

Procedimento

A administração dos instrumentos decorreu na Unidade da Dor do Hospital Joan XXIII de Tarragona (Espanha). A todos os pacientes foram apresentados os objetivos do estudo e a forma como o mesmo decorreria, tendo-se explicitado o caráter voluntário da sua participação, mediante consentimento escrito e esclarecido dos participantes. Aos pacientes que se mostraram disponíveis para integrar o presente estudo, foi-lhes administrado o protocolo de avaliação, iniciando-se com o Questionário Sociodemográfico, seguindo-se o MFE e a END. Os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada com o programa estatístico S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*), para o seu tratamento.

RESULTADOS

Através das análises correlacionais calculou-se o coeficiente de correlação entre a PFM e a idade nos dois grupos considerados (com e sem DC). O quadro 3 apresenta os resultados encontrados.

Quadro 3
Correlações entre a Perceção de Falhas de Memória e a Idade, em Função da Presença/Ausência de Dor (N=100)

	Idade	
	Com dor crónica (n=50)	Sem dor crónica (n=50)
Perceção de Falhas de Memória		
<i>r</i>	0,30	0,16
<i>p</i>	0,02	0,26

Pela análise do quadro 3 observa-se que a PFM se encontra positivamente correlacionada com a idade no grupo com DC, sugerindo que a PFM tende a aumentar à medida que aumenta a idade do sujeito. No grupo dos sujeitos sem DC, não foram encontradas correlações lineares estatisticamente significativas entre as variáveis em

causa.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a PFM e a idade em adultos com e sem DC, sendo possível sistematizar os resultados da seguinte forma: na amostra estudada, PFM está correlacionada positivamente (de forma linear e estatisticamente significativa) com a idade no grupo com DC; no grupo sem DC não foram encontradas correlações lineares estatisticamente significativas. Estes resultados eram esperados ao ter-se em conta os resultados obtidos em outras investigações, sendo congruentes com os obtidos em diversos estudos que relacionam os problemas de memória com a idade (Bassols, et al., 1999; Elorza, et al., 1997; Keogh, et al., 2000; Riley & Gilbert, 2001). De facto, constata-se que a dor crónica apresenta uma maior probabilidade de aumentar com a idade, ao mesmo tempo que há o aumento das limitações físicas, cognitivas e emocionais (Bassols, et al., 1999), o que envolve o rendimento cognitivo (ao nível da memória) destes sujeitos (Elorza, et al., 1997; Keogh, et al., 2000). O comprometimento das áreas de memória pode associar-se igualmente à intensidade de dor sentida e à consciência de limitação que os pacientes têm de que já nada podem fazer (Park, Glass, & Minear, 2001; Prieto, 1999).

Apesar dos resultados do presente estudo permitirem uma maior clarificação da compreensão das relações entre a PFM e a idade na DC, subsistem algumas limitações que importa referenciar. Destas, destaca-se, pela sua importância, a dimensão reduzida da amostra, o que inviabilizou a exploração de relações estatísticas tendo em consideração outras variáveis que se consideram importantes, tais como o nível socioeconómico, o estado civil, as habilitações literárias e a ocupação (Casado & Urbano, 2001; Madland, Feinmann, & Newman, 2000; Teng, Humes, & Demetrio, 2005) e com implicações ao nível do rastreio e intervenção (precoce).

A capacidade mnésica pode ser afetada por diversas razões. Déficits de memória podem associar-se ao *stress*, à depressão, a lesões neurológicas, ao uso de substâncias psicoativas e DC. Vários estudos demonstram que há diversas variáveis associadas aos déficits de memória, de entre as quais a depressão, a ansiedade, o *stress*, o uso de fármacos e a dor (Muñoz & Esteve, 2005; Sardá Júnior, Cruz, & Jablonski, 2005). No entanto, afirmam também que o processo como a dor afeta a memória ainda é pouco conhecido. Apesar de muitos dos estudos terem sido realizados em ambiente laboratorial, são importantes para compreender o efeito que a DC possui na memória dos pacientes e, consequentemente, o seu impacto nas suas atividades do dia-a-dia (Ling, Heffernan, Luczakiewicz, & Stephens, 2010). Os mesmos autores afirmam ainda que a DC está associada a um deficit cognitivo específico que pode afetar o comportamento do dia-a-dia, especialmente em situações carregadas de emoção.

Segundo Ling, et al. (2010), a pesquisa sobre os problemas de memória relacionados com a dor é de grande importância terapêutica porque, sendo a avaliação da mesma um processo subjetivo, é interessante saber se os prejuízos cognitivos interferem na avaliação que o doente faz da sua dor e do seu tratamento. Os tratamentos, em geral, são baseados na suposição de que os doentes com dor crónica estão aptos, ou são capazes, de recordar a informação da sua condição médica com exatidão, o que pode ser duvidoso se a função de avaliação cognitiva estiver condicionada.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Angelotti, G. (2008). Tratamento da dor crônica. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 535-545). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N., & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87, 81-97. doi: 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018
- Apkarian, A., Yamaya, S., Sonty, S., Levy, R., Harden, N., Parrish, T., & Gitelman, D. (2004). Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic grey matter density. *The Journal of Neuroscience*, 24, 10410-10415. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2541-04.2004
- Araújo-Soares, V., & McIntyre, T. (2000). É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção multimodal em pacientes com dor crônica. *Psicologia, Saúde & Doença*, 1, 101-112.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Cañellas, M., & Banõs, J. (1999). An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83, 9-16. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00069-X
- Bonica, J., & Loeser, J. (2000). History of pain concepts and therapies. In J. Loeser, S. Butler, C. Chapman, & D. Turk (Eds.), *Bonic's management of pain* (3rd ed., pp. 3-16). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Capela, C., & Loura, R. (2008). Perturbação de dor. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 25, 293-298.
- Casado, M., & Urbano, M. (2001). Emociones negativas y dolor crónico. *Ansiedad y Estrés*, 7, 273-282.
- Dick, B. D., & Rashiq, S. (2007). Disruption of attention and working memory traces in individuals with chronic pain. *Anesthesia & Analgesia*, 104, 1223-1229. doi: 10.1213/01.ane.0000263280.49786.f5
- Elorza, J., Casas, J., & Casáis Martínez, L. (1997). Aspectos psiquiátricos del dolor. In Torres (Ed.), *Tratamiento y conceptos generales del dolor* (pp. 9-25). Madrid: Martínez Roca.
- Esteve, M. R., Ramírez, C., & López-Martínez, A. E. (2001). Alteraciones de la memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8, 119-127.
- Ferrer, V. (1991). Dolor crónico: Análisis de factores psicosociales y de personalidad que pueden influir en su percepción (Tese de Doutoramento). Universidade Ilas Baleares, Espanha.
- Grisard, J. M., & Van der Linden, M. (2001). Conscious and automatic uses of memory in chronic pain patients. *Pain*, 94, 305-313. doi: 10.1016/S0304-3959(01)00366-9
- Grisard, J. M., Van der Linden, M., & Masquelier, E. (2002). Controlled processes and automaticity in memory functioning in fibromyalgia patients: Relation with emotional distress and hypervigilance. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 994-1009.
- Keogh, E., Hatton, K., & Ellery, D. (2000). Avoidance versus focused attention and the perception of pain: Differential effects for men and women. *Pain*, 85, 225-230. doi: 10.1016/S0304-3959(99)00270-5
- Ling, J., Heffernan, T., Luczakiewicz, K., & Stephens, R. (2010). Subjective ratings of prospective memory deficits in chronic pain. *Psychological Reports*, 106, 905-917.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In J. Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 165-177). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Madland, G., Feinmann, C., & Newman, S. (2000). Factors concerned with origins of anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84, 225-252.
- Muñoz, M., & Esteve, R. (2005). Reports of memory functioning by patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 21, 287-291.
- Park, D. C., Glass, J. M., & Minear, M. (2001). Cognitive function in fibromyalgia patients. *Arthritis & Rheumatism*, 44, 2125-2133. doi: 10.1002/1529-0131(200109)44:9%3C2125::AID-ART365%3E3.0.CO;2-1
- Prieto, V. (1999). *El dolor crónico: Aspectos psicoevolutivos en la edad adulta*. Valencia: Promolibro.
- Quartilho, M. (2001). Dor crónica: Aspectos psicológicos, sociais e culturais. *Acta Reumatologia Portuguesa*, 26, 255-262.
- Rashiq, S., Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jonsson, E. (2008). Chronic pain: A health policy perspective. Hoboken, NJ: Wiley.
- Riley, J., & Gilbert, G. (2001). Orofacial pain. Symptoms: An interaction between age and sex. *Pain*, 90, 245-256. doi: 10.1016/S0304-3959(00)00408-5
- Robaina, A., León, P., & Sevilla, M. (2000). Epidemiologia de los trastornos osteomioarticulares en el ambiente labora. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 16, 531-539.
- Sardá Júnior, J., Cruz, R., & Jablonski, S. (2005). Dor crónica e défices de memória: Uma abordagem neurocognitiva. In J. Figueiró, G. Angelotti, & C. Pimenta (Orgs.), *Dor e saúde mental* (pp. 178-195). S. Paulo, SP: Atheneu.
- Teng, C., Humes, E., & Demetrio, F. (2005). Depression and medical comorbidity. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 149-159.

APOIO FAMILIAR: - CONTO, OU NÃO, QUE TENHO HIV/AIDS?

Maria Irene Ferreira Lima Neta ✉ e Edna Maria Peters Kahhale

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, SP, Brasil

Há pouco mais de três décadas o mundo tomou conhecimento de mais uma doença sexualmente transmissível, o HIV/AIDS. A pessoa que vive com HIV primeiramente vivencia a devastação do diagnóstico e como em qualquer outra doença crônica ocorrem mudanças em suas relações sociais, profissionais, pessoais, bem como familiares.

Porém, no HIV estas mudanças podem estar relacionadas tanto a maiores cuidados, afeto, como principalmente, que é o que mais ocorre, de preconceito, discriminação e afastamentos de pessoas que até então eram confiáveis e com laços muito próximos. No caso da família este diagnóstico pode vir com a carga da traição de um dos membros do casal, em geral o homem, por isso que Gorinchteyn (2010) afirma que o HIV ocasiona mágoas a serem revividas, ausências a serem cobradas e raiva a ser expressada.

E é por conta de tudo isto que a pessoa que vive com HIV ao ter conhecimento de seu diagnóstico opta por mecanismos de enfrentamento desta vivência e estes, em geral, são de negação do diagnóstico, silêncio e consequentemente a manutenção deste em segredo ou para si mesmo ou apenas para algumas pessoas. Nesta última notamos que a escolha é de contar para alguns e para outros não.

Maksud (2012) nos diz que esta decisão sobre o “contar ou não” é construído entre os sentimentos de escolha e obrigação, pois o tema é considerado digno de ser revelado a alguém em quem se confia e seu ocultamento pode provocar a ruptura da lealdade.

Outros fatores que são levados em consideração nesta revelação ou não, principalmente, entre os familiares é o fato de se levar em consideração tanto o tipo de relação estabelecida e vivenciada entre os mesmos quanto o contexto cultural em que esta família está inserida e suas crenças ao longo de seu desenvolvimento familiar (Vieira & Padilha, 2007). Podemos pensar que isto tudo é levado em consideração como uma tentativa de proteção ou possível tentativa de controle para as modificações que irão ocorrer no seio familiar. Isto porque toda doença acarreta em mudanças nestas relações e uma doença como o HIV que carrega consigo um grande estigma e preconceito não será diferente.

Os familiares ao terem conhecimento da vivência com HIV por parte de um familiar apresentam os mesmos sentimentos e comportamentos de quem fica sabendo da soropositividade para o HIV, que são de tristeza, angústia, sentimento de desamparo, por vezes comportamentos e pensamentos desorganizados, em que não sabem como agir, apresentam depressão e isolamento. E o mesmo também é observado no que diz respeito aos mecanismos de enfrentamento, como silêncio, negação e segredo (Bor, Miller, & Goldman, 1993; Silveira & Carvalho, 2002; Wacharasin, 2010).

✉ Maria Irene Ferreira Lima Neta, Morada: Rua Cardoso de Almeida, 840 – São Paulo/SP – Brasil, Email: mariaireneneta@yahoo.com.br

Debruçando-se especificamente a respeito do segredo, Simmel (1986, citado por Maksud, 2012, p. 1198) nos diz que:

... tudo o que se comunica a outros, inclusive aquilo que pode parecer mais subjetivo, espontâneo e confidencial, é uma seleção do real. O que é revelado, sobretudo aos mais íntimos, são fragmentos da vida real interior. Neste sentido, toda mentira – entendida pelo autor como “a limitação do conhecimento que um tem do outro” (p. 365) – seja qual for sua natureza, produz um erro acerca do sujeito que mente: o mentiroso esconde de seu interlocutor a sua verdadeira representação. Para o autor, as resoluções são construídas sobre um complexo sistema de representações, a maioria das quais supõe a confiança. Por essa razão, a mentira é muito nociva na vida moderna. Paradoxalmente, é um elemento central na estrutura das relações.

Com este estudo podemos ver que o segredo não funciona apenas como uma proteção para o sujeito que mente, mas também uma tentativa deste de burlar as suas relações não se mostrando verdadeiramente, já que, como vimos anteriormente, o sujeito que mente mostra-se de forma fragmentada para o outro e acima de tudo não há a confiança necessária para o estabelecimento de uma boa relação ou pelo menos de uma relação digna de se revelar tudo a respeito de si mesmo.

Não havendo a confiança os soropositivos optam pelo segredo e silêncio tanto como uma tentativa de proteção como tentativa de implantação de uma pseudo-tranquilidade e segurança familiar, que pode ser até representado pela brincadeira do “faz de conta” (Sousa, Kantorski, & Biemann, 2004). Neste tipo de relação se tem o conhecimento, mas não se fala sobre o assunto, em geral isto ocorre quando apenas alguns adquirem o conhecimento do diagnóstico.

Assim percebemos o quanto as relações familiares ficam fragilizadas tanto com o diagnóstico quanto com a manutenção deste segredo e por isso este estudo objetivou apreender os critérios para quem revelar e para quem manter segredo sobre o diagnóstico de HIV⁺ e os significados deste segredo no seio familiar.

MÉTODO

Participantes

O trabalho foi realizado num Ambulatório de Infectologia da cidade de São Paulo/SP, Brasil. Participaram 37 pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo 24 homens e 13 mulheres, na faixa etária de 60 a 82 anos de idade, as quais eram convidadas na sala de espera do ambulatório. Observamos que 81,1% declaram seguir uma religião cristã; a casa em que vivem é própria para a maioria e todos relatam ter saneamento básico adequado em suas casas; 75,7% relatam ter filhos; na escolaridade, 45,8% dos homens tem 8 anos de ensino, diferentemente das mulheres, em que para 38,5% tem 4 anos. Com relação ao trabalho, 58,5% dizem ser aposentados; a renda da família está entre 1 e 3 salários mínimos para a maior porcentagem; na quantidade de pessoas responsáveis pela renda da família há uma diferença entre homens e mulheres em que para a maior porcentagem dos homens (41,7%) apenas uma pessoa contribui e no caso das mulheres a maior porcentagem destas (38,5%) de uma a duas pessoas fazem este papel. No estado civil, metade dos homens são casados e 53,9% das mulheres são viúvas, este dado apresenta-se correlacionado ao de ter ou não uma parceria afetiva-sexual, em que 54,2% dos homens afirmam que sim e para 84,6% isto não ocorre.

Material

Os dados foram coletados por meio de: entrevista com dados sócio-demográficos e questões relacionadas a funcionamento e relação familiar, história do adoecimento e adesão ao tratamento; e formação do genograma a partir da família de origem até a atual.

Procedimento

Estudo autorizado pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Brasil, com sede no campus Monte Alegre, sob o protocolo de pesquisa nº 351/2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O procedimento de análise de dados foi feito levando-se em consideração todos os instrumentos utilizados. Foi realizada análise quantitativa e qualitativa utilizando o software SPHINX Brasil. Este programa nos proporcionou a percepção qualitativa das semelhanças entre os comportamentos dos idosos que vivem com HIV no que está relacionado aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Relativamente às questões familiares, no conceito de família os participantes deste estudo colocam como companheirismo, amor, união, base e totalidade. Na descrição do que é sua família notamos que entre os homens prevaleceu a descrição de serem pessoas ótimas e unidas, enquanto que para as mulheres foi o de ser unida, suporte e apoio.

Continuando na dinâmica da família dos participantes no quesito relacionado a resolução dos problemas familiares, os homens relataram ser na conversa ou sozinhos, cada um por si, já entre as mulheres foi de conversa e união. Diante dos dados de conceito, descrição familiar e resolução de problemas pode nos parecer que os participantes têm famílias unidas, em que podem ter suporte, apoio e servir de base para qualquer momento de suas vidas, mas ao falarmos especificamente a respeito da relação HIV e família notamos que isto não ocorre.

Isto pode nos mostrar ou um mascaramento de suas relações familiares ou uma visão desta segundo o que é esperado socialmente ou uma falta de percepção destas relações como um todo, mas sim em partes, como por exemplo, na relação família e HIV notamos que esta vivência harmoniosa não é verdadeira e por isso que o recurso do segredo é tão utilizado, como veremos mais adiante.

Com relação ao que pode ou não ser conversado no seio familiar ficou dividido entre poder se falar sobre tudo e ser proibido falar sobre HIV. Em nosso estudo encontramos três tipos de relações familiares, no que está relacionado ao conhecimento do diagnóstico de HIV⁺ por parte dos familiares, que são: 1. Família em que todos sabem (21,6%); 2. Alguns sabem e outros não (70,2%); e 3. Em que ninguém sabe (8,1%). Com estes dados notamos que há uma prevalência entre contar para uns e para outros não e nestas famílias notamos que é formado um grupo intrafamiliar. O segredo para parte da família significa lealdade entre os que sabem do diagnóstico e este núcleo intrafamiliar formado passa a ter suas próprias regras de comportamento diferenciado do restante da família.

Notamos que o estilo e formas de agir de cada familiar são responsáveis pelo contar ou não sobre o diagnóstico. Com isso concordamos com Vieira e Padilha (2007) e Maksud (2012) quando nos falam a respeito da importância da relação estabelecida entre os familiares ser um diferencial, como a questão da lealdade entre os membros ser crucial para contar ou não.

As pessoas da família que mais detêm o conhecimento são os filhos e os irmãos. Já

na razão para o contar prevaleceu o de buscar apoio e o fato de não terem sido eles que contaram. Neste caso, em geral, o participante estava internado e a equipe médica informou a família ou alguém de seu conhecimento contou para os mesmos.

Já nas razões para não contar prevaleceu o fato de poupar a família e o medo de sofrer preconceito. No primeiro quesito podemos relacionar ao que Bor, et al. (1993), Silveira e Carvalho (2002) e Wacharasin (2010) nos dizem de que os familiares ao terem conhecimento do diagnóstico de um familiar HIV⁺ apresentam os mesmos sentimentos e comportamentos da pessoa que vive com HIV. Porém, este poupar também pode estar relacionado a si mesmo como uma tentativa de proteção para o inesperado das reações e estabelecimentos das relações familiares pós-diagnóstico.

Com relação a existência de segredos no seio familiar, 78,4% afirmam que suas famílias têm segredos e a maioria está relacionado ao HIV, com este dado podemos perceber que, seguindo o que Simmel (1986, citado por Maksud, 2012) nos diz de que o mentiroso não se mostra por inteiro nas suas relações e correlacionando isto ao fato da maioria fazerem parte de famílias em que alguns sabem ou que ninguém sabe, vemos que estas relações familiares são mascaradas e portanto não se apresentam como no início de terem uma família unida, com suporte, apoio e servindo de base.

Na questão relacionada a mudança nas relações familiares após o diagnóstico de HIV, para 54,2% dos homens não houve mudanças, enquanto que para 57,1% das mulheres houve. Neste dado levando em consideração ao falado anteriormente de que toda doença acarreta em mudanças nas relações pessoais, familiares, sociais, ainda mais em se falando de HIV que é uma doença carregada de estigma e preconceito sabemos que alguma mudança ocorrerá. Portanto podemos pensar que as mulheres percebem com maior clareza estas enquanto que os homens ou negam ou há uma falta de percepção de suas relações e como são homens pode estar relacionado a uma identidade de gênero. Estes dados podem indicar que os homens conseguem seguir suas vidas afetiva-sexuais após o diagnóstico de HIV; enquanto que as mulheres, diagnosticadas HIV⁺ a partir do companheiro, em geral, e, portanto de uma traição conjugal, optam por não ter mais vida sexual ativa e, assim, se isolam ou se recusam a construir novas parcerias afetivas-sexuais. No que eles pensam ser o papel da família ao ficarem sabendo do diagnóstico, 79,3% relatam que deveria ser de apoio. E mais uma vez notamos que esta vivência não é verdadeira para a maioria.

DISCUSSÃO

Concluindo, este estudo nos proporcionou confirmar o que a literatura nos diz de que o HIV é causador de mudanças nas relações familiares sejam estas de maior afeto e união familiar como também de discriminações e afastamentos. E estes comportamentos estão relacionados tanto a forma como a família já vivenciava as suas relações bem como de suas crenças e cultura vivenciada pela mesma.

Com isso notamos que o tipo de relação estabelecida entre os familiares foi o diferencial para a decisão de contar ou não sobre o seu diagnóstico de HIV⁺. Sendo, para a maioria a vivência do segredo familiar vivido de forma real e concreta, principalmente com relação ao HIV.

Neste estudo identificamos um grupo intrafamiliar em meio a família extensa nas pessoas em que alguns da família sabem de seu diagnóstico e outros não. E este grupo intrafamiliar apresenta dinâmica diferenciada do restante da família, uma vez que apenas o que fazem parte deste grupo detêm o segredo do HIV em meio ao restante e

portanto as relações entre estes membros são mascaradas ou se revelam de forma parcial, uma vez que diante das crenças e tipos de relações com os demais não é possível estabelecer a confiança necessária para se revelar por inteiro.

Com isso notamos que o segredo do HIV não vem apenas como uma proteção para si mesmo contra possíveis comportamentos de afastamentos e discriminações, mas também para os familiares que tomam conhecimento deste diagnóstico.

Agradecimentos

Este estudo é parte da dissertação de mestrado da primeira autora orientado pela segunda autora, intitulado “A família no processo de saúde-doença no envelhecer com HIV/Aids” e é um sub-projeto de um amplo trabalho intitulado “Relações de gênero e itinerário terapêutico: A transversalidade com a adesão ao autocuidado em saúde”.

REFERÊNCIAS

- Bor, R., Miller, R., & Goldman, E. (1993) HIV/AIDS and the family: A review of research in the first decade. *Journal of Family Therapy*, 15, 187-204. doi: 10.1111/j.1467-6427.1993.00753.x
- Gorinchteyn, J. (2010) *Sexo e aids depois dos 50*. São Paulo, SP: Ícone.
- Maksud, I. (2012). Silêncios e segredos: Aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 1196-1204. doi:org/10.1590/S0102-311X2012000600018
- Silveira, E. A. A. d., & Carvalho, A. M. P. (2002). Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 813-818. doi:org/10.1590/S0104-11692002000600010.
- Sousa, A. S. S., Kantorski, L. P., & Bielemann, V. L. M. (2004) A Aids no interior da família – Percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum, Health Sciences, Maringá*, 26, 1-9. doi: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1603
- Vieira, M., & Padilha, M. I. (2007). O cotidiano das famílias que convivem com o HIV: Um relato de experiência. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11, 351-357. doi:org/10.1590/S1414-81452007000200026
- Wacharasin, C. (2010). Families suffering with HIV/AIDS: What family nursing interventions are useful to promote healing? *Journal of Family Nursing*. 16, 302. doi:10.1177/1074840710376774

RELAÇÃO ENTRE ORIENTAÇÃO RELIGIOSA, DEPRESSÃO E PERSONALIDADE AVALIADA PELO TESTE DE SZONDI

Sílvia Fernandes Pires ✉

Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Tem-se verificado que o envolvimento religioso está significativa e positivamente associado a melhor saúde física e mental (George, Ellison, & Larson, 2002, Paloutzian & Park, 2005, citados por Larson, et al., 1986). No entanto, pouco tem sido mencionado acerca do contributo das características de personalidade para o impacto da orientação religiosa na saúde física e mental dos indivíduos. A religiosidade e a espiritualidade têm sido entendidas como dimensões independentes da personalidade ou, se com ela relacionadas, têm sido patologizadas pelas teorias psiquiátricas da personalidade (Fromm, 1962). Este estudo resulta da constatação de resultados de estudos anteriores que demonstraram a existência de uma relação inequívoca entre religiosidade e depressão. Estas investigações, realizadas no campo da Psicologia da Religião, caracterizam-na como tendo um efeito protector ou prejudicial para diversos problemas de saúde física e mental, dependendo do tipo de orientação da motivação religiosa (Fleck, et al., 2003, Moreira-Almeida, et al., 2006, citados por Guimarães & Avezum, 2007; Pargament & Park, 1995, citado por Faria & Seidl, 2005). Como veremos adiante, os estudos nesta área tendem a mostrar uma relação negativa entre orientação religiosa intrínseca (RI) e sintomas depressivos e uma relação positiva destes sintomas com a orientação religiosa extrínseca (RE), (Dias, 2011; Smith & McCullough, 2003, citado por Gomes, 2011; Dezutter, Scones & Housebaut, 2006, Harrison, et al., 2001, Maltby & Day, 2000, citados por Mazidi, et al., 2010). No entanto, não encontramos referências a estudos que expliquem de uma forma consistente o porquê das associações encontradas.

Esta investigação tem como objectivo estudar a relação entre a orientação da motivação religiosa, a depressão e as características de personalidade avaliadas com o Teste de Szondi, em adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Para isso, analisa a relação entre as duas formas de religiosidade definidas por Allport e Ross (1967), a religiosidade intrínseca e extrínseca (subdividida nas suas componentes pessoal e social), as características de personalidade e o nível actual de sintomatologia depressiva, constituindo para o efeito duas amostras – indivíduos da população geral (sem doença mental diagnosticada) e pacientes com diagnóstico de depressão (internados ou assistidos em consulta externa em duas instituições de saúde mental da cidade de Lisboa).

Esta questão parece-nos relevante, uma vez que: 1) os estudos existentes explicam a associação positiva entre religiosidade extrínseca e maiores níveis de depressão

✉ - Sílvia Fernandes Pires, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Alameda da Universidade, 1649-013 Lisboa, e-mail: silviapires.rvc@gmail.com

identificando múltiplos mecanismos intervenientes, sem definir o grau ou forma de influência; 2) os estudos que relacionam personalidade e religiosidade, na tentativa de encontrarem traços de personalidade associados a esta dimensão, na sua generalidade, baseiam-se nos contributos de Cattell (1946), Eysenck (1967) e referem-se à população em geral (não deprimida), (McCrae & John, 1992); 3) não encontramos na literatura estudos com grupos específicos de indivíduos deprimidos que relacionem simultaneamente as três variáveis mencionadas, e/ou cujas características de personalidade tenham sido aferidas através da utilização de um teste projectivo.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa-nos avaliar e fundamentar o impacto que a orientação religiosa possa ter na saúde dos indivíduos (Larson, et al., 1986), assim como estudar a possibilidade de ser implementada uma intervenção que valorize a experiência espiritual e religiosa do paciente. A investigação nacional acerca deste assunto escasseia, quando comparada a um interesse internacional crescente. É um estudo exploratório que poderá contribuir para identificar alguns factores de vulnerabilidade (relacionados com as características de personalidade e a orientação da motivação religiosa) que, conjuntamente com acontecimentos precipitantes, poderão determinar o desenvolvimento da perturbação depressiva, atrasar a remissão da doença ou acentuar os seus sintomas.

A pertinência deste estudo está também relacionada com a utilização de um teste projectivo – Teste de Szondi. À semelhança de outros estudos já realizados, pretendemos demonstrar o interesse e aplicabilidade da utilização deste Teste, não só para o estudo da depressão mas, também no que respeita ao estudo da interferência de factores específicos da personalidade na vivência religiosa e espiritual do indivíduo, uma área ainda pouco explorada no domínio da «*Schicksalsanalyse*», (Szondi, 1944, citado por Legrand, 1979). A maior parte dos estudos sobre a depressão enfatizam os aspectos sintomáticos, afectivos e cognitivos da doença. Conhecendo a importância da religião como um dos mecanismos de *coping* mais poderosos, torna-se relevante verificar em que medida as variáveis espirituais e religiosas podem influenciar a remissão dos sintomas e tornar mais consistente o prognóstico.

Religiosidade e Depressão

Está comprovado que uma religiosidade internalizada, intrínseca e madura reduz a ansiedade, promove o bem-estar emocional, ajuda a enfrentar a dor e o sofrimento, fornece soluções para conflitos emocionais, estabelece uma orientação ética e moral que afasta o sujeito de práticas e estilos de vida autodestrutivos e promove a coesão social através de um ritual catártico colectivo (Saroglou, 2003).

Segundo a concepção psicodinâmica, o desenvolvimento da depressão advém das experiências infantis de separação, privação afectiva ou perda narcísica (Freud, 1916, Jung, 1988, citados por Gomes, 2011). A personalidade do indivíduo é um contributo fundamental para o desenvolvimento ou não de depressão. Os traços ansiosos de personalidade, a dificuldade de adaptação à mudança e a baixa auto-estima são factores predisponentes ao desenvolvimento da doença. Um dos traços de personalidade que mais predispõe à depressão é a *dependência interpessoal*. O mesmo acontece com os traços *introversão* e *neuroticismo*.

Esta associação negativa entre religiosidade intrínseca e depressão verifica-se em todas as etnias, idades, e género, sendo que estas variáveis não interferem na sua intensidade. McCullough e Larson (1999, citado por Smith, et al., 2003) referiram que a força desta associação difere consoante os métodos utilizados para medir a

religiosidade e/ou a depressão. É especialmente forte quando a religiosidade é medida em termos de participação em actividades religiosas públicas ou a motivação religiosa é intrínseca (Allport & Ross, 1967, citado por Smith, et al., 2003) e menor quando se refere à prática religiosa privada (Donahue, 1985, Richards & Bergin, 1997, citados por Smith, et al., 2003).

Burris (1994, citado por Smith, et al., 2003) constatou que a RE é preditora da depressão, independentemente do valor da RI. Estes factos corroboram os estudos realizados relativamente ao *coping* religioso de impacto negativo (Pargament, 1997, citado por Smith, et al., 2003). Com efeito, a força da associação religiosidade-depressão varia consoante a motivação extrínseca ou intrínseca da orientação religiosa e o tipo de *coping* religioso (positivo ou negativo). Aceitar resignadamente o seu destino (Richards & Bergin, 2000, citado por Smith, et al., 2003), o perdão e a graça (Watson, Morris, & Hood, 1989, citado por Smith, et al., 2003), são atitudes que protegem o indivíduo religioso contra a depressão. As medidas de religiosidade explicam positivamente pelo menos 1% da variância da severidade dos sintomas depressivos na população em geral, mais do que, por exemplo, o efeito de género que, não obstante ser pouco significativo, assume uma grande importância social, clínica e de explicação teórica da doença (Smith, et al., 2003).

No nosso país, Dias (2011) concluiu que os indivíduos extrinsecamente religiosos tendem a apresentar índices de depressão médios mais elevados e menor satisfação com a vida que indivíduos não religiosos. Referiu o apoio social, as estratégias de *coping* e o impacto dos conflitos espirituais na vivência religiosa dos indivíduos como conceitos possivelmente mediadores nesta relação.

Religiosidade e Personalidade

Os estudos realizados nesta área são unânimes quanto à associação entre maior religiosidade e baixo psicoticismo e, contraditórios, em relação à associação da religiosidade com os traços extroversão e neuroticismo (Francis, 1992, citado por Saroglou, 2000). As características de personalidade predispõem os indivíduos a *continuar* ou *tornar-se* religiosos, independentemente dos factores sociodemográficos (Saroglou, 2000). A religiosidade reflecte a necessidade de reduzir as incertezas (Schwartz, et al., 1995, citado por Saroglou, 2000). O dogmatismo não está necessariamente relacionado com a religiosidade, mas sim com a baixa estabilidade emocional. A Conscienciosidade é o único traço associado à religiosidade masculina, reflectindo a necessidade masculina de ordem. A religiosidade feminina está associada à grande importância conferida a Deus (e não à religião em si mesma) e à elevada importância do traço Estabilidade Emocional. Este facto parece traduzir a importância da dimensão relacional e afectiva da religiosidade feminina. A necessidade de ordem, de sentido e significado para a vida, integra a base motivacional da religiosidade (Hood, et al., 1996, citado por Saroglou, 2001b).

Embora existam diferenças culturais e próprias de cada religião, os traços de personalidade e as diferenças individuais associados à religiosidade são constantes, independentemente da tradição específica daquela religião em particular. A religiosidade traduz uma preocupação pessoal e social do homem com a estabilidade e a auto-transcendência moral, e não uma preocupação com as necessidades humanas de divertimento, crescimento pessoal e mudança social. Assim, a investigação confirma que a religiosidade apresenta diferenças individuais associadas a características base da personalidade (Saroglou, 2001a).

Joyce, et al. (1994, citado por Mulder, 2002) demonstraram que o temperamento do sujeito explica 35% da variância na recuperação de doentes deprimidos. Provaram que na escolha do medicamento a prescrever, deve ser considerada a personalidade do paciente. Millon (1996, citado por Campos, 2009) referiu que a personalidade pode ter um efeito patoplástico na depressão, moldando a sua expressão sintomática.

Teoria e Teste de L. Szondi

Para o desenvolvimento desta investigação seguimos o referencial teórico deste autor pois, segundo Gonçalves (1996), uma das grandes vantagens de utilização deste teste (e garantia da sua fidedignidade), deriva da íntima relação entre a interpretação dos resultados e o quadro teórico subjacente criado pelo mesmo autor. Os resultados deste teste projectivo têm grande interesse para o diagnóstico da depressão, assim como ajudam a repensar os objectivos da intervenção clínica, à luz do referencial szondiano. O seu objectivo principal é captar o inconsciente familiar. As diversas dimensões da estrutura psíquica normal são representadas por fotografias de pessoas com doença mental. O sujeito escolhe a imagem de alguém vivenciado como idêntico a si mesmo (escolha “narcisista”) ou escolhe a imagem de alguém semelhante a outrem com quem estabeleceu relações de ordem emocional ou pulsional, modeladoras da personalidade (escolha “anaclítica”).

Para L. Szondi toda a necessidade pulsional pode manifestar-se de três formas: mórbida, normal ou socializada/sublimada. Dentro de cada vector pulsional as formas mórbidas podem caracterizar-se assim: Vector S (h,s) – perversões/ perturbações sexuais; Vector P (e,hy) – neuroses, conflito com as interdições do incesto e da morte do pai, com o Édipo; Vector Sch (k,p) – psicoses (perturbações do Eu, esquizofrenias), relacionadas com a ontogénese do eu, autopreservação e problemas de identidade; Vector C (d,m) perturbações do humor, “timopatias”, perturbações de relação com o ambiente e ritmos da vida. A interpretação de pulsões periféricas (Vectores C e S) e das pulsões do centro (Vectores P e Sch) é reveladora da dinâmica interna do sujeito.

Religiosidade no referencial Szondiano. O factor vector (P).

Outro conceito central na teoria de Szondi é a dupla natureza ética do ser humano. Os fatores paroxismais asseguram a defesa contra a exteriorização de afectos brutais e negativos. O vector P reporta à Lei e à Ética e, através do factor **e**, protege contra o mal que podemos fazer aos outros; o factor **hy** refere-se tanto à expressão como à censura do erotismo e auxilia na adaptação às regras da sociedade que regulam as manifestações da sexualidade. Enquanto a tendência hy- está relacionada com a fantasia e o mundo imaginário do sujeito, o vector Sch concerne ao Eu e à realidade.

O vector contacto e a depressão. Estudo de Bucher

L. Szondi encontrou uma afinidade específica entre o vector do contacto e as perturbações do humor, a toxicomania e a psicopatia. Szondi enfatizou a influência do distúrbio do Eu nas psicoses afectivas, ou de contacto. A pessoa deprimida sofre devido: 1) à incerteza do contacto e da aproximação (m±); 2) perda do objecto; 3) à introjecção do objecto perdido (Sch+0). Não é a perda do objecto mas sim a procura incessante que confirma a dor e sofrimento futuro. Quanto mais patológica esta introjecção (k+), mais profunda será a melancolia. Quando termina a introjecção ou é destruído o objecto perdido, inicia-se o ciclo maníaco (k-).

J. Schotte mostrou como o modelo de Szondi permite repensar a depressão. No

vector C, nível basilar da existência (“zona da falha básica” de Balint; espaço transicional de Winnicott), os factores pulsionais são o factor d (relacionado com a depressão) e o factor m (relacionado com a mania). No seio de cada vector pulsional existe um circuito pulsional. A problemática central deste vector é encontrar o ritmo ideal. A depressão é portanto uma perturbação do ritmo, é o “desfasamento”, que se faz acompanhar de cansaço, euforia anormal que nunca tem grande duração, quase sempre insónia com uma inversão do ritmo do deitar/acordar, apresentando abatimento e ansiedade no início do dia. Este movimento cíclico, mais do que o objecto, constitui o alicerce fundador do vector C. (Schotte, 1990).

Esta especificidade do contacto implicaria uma nova concepção das perturbações de humor que pretende evitar os dualismos reactivo/endógeno; e neurótico/psicótico (Schotte, 1982, citado por Gonçalves, 1996). Cada um dos vectores deve ser considerado como uma categoria existencial comum a todos os indivíduos, e não entendido como uma classe psiquiátrica. O objecto da pulsão de contacto pode ser um objecto parcial ou total, uma pessoa, um objecto colectivo como a família, a raça ou etnia ou um objecto cultural como a religião, a ideologia do sujeito. Mais recentemente, outros autores têm relacionado a teoria de Szondi com modelos factoriais de personalidade (Kiss, 2005).

Partindo do Teste de Szondi, Bucher examinou um conjunto de pacientes depressivos não psicóticos ($N=100$). O perfil pulsional primário dos deprimidos, obtido na investigação de Bucher, foi: S (++), P (0-/+-), Sch (--), C (-+). Este resultado remete para um perfil que apresenta, no campo dos afectos, além da variante sensível P0-, uma equivalente variante “Abel”P+- (Bucher, 1979). À sexualidade sensual “normal” associa-se o Eu disciplinado da adaptação. A negação/recalcamento k-! e a projecção p-! são os mecanismos de defesa dominantes. Bucher encontrou uma reacção dominante em seis factores: h+, hy-, k-, m+, s+ e p-.

Gonçalves (1996) encontrou na população geral portuguesa uma frequência de m+! particularmente elevada, comparável ao que Bucher encontrou nos seus deprimidos. Através de estudos efectuados com amostras da população geral portuguesa, Gonçalves, B. (1996), acentuou as diferenças no factor p: Sch- - já não aparece como a figura do eu mais frequente na população geral, mas apenas como a mais frequente nas pessoas de nível de instrução mais baixo.

Neste estudo interessa-nos analisar o comportamento dos vectores Paroxismal, de Contacto e do Ego, tentando relacioná-los com os resultados encontrados relativamente à religiosidade e à depressão. Por exemplo, a constelação C ($d+$) ($m+-$) caracteriza o humor depressivo. A melancolia é tanto mais importante quanto mais se intensificar a introjecção patológica ($k+$), (Favreau, 2011, p. 201). Também podemos hipotetizar que a dimensão religiosa da personalidade do indivíduo poderá estar relacionada com o vector P “paroxismal” e com o vector do Eu (Sch).

Tendo em conta os resultados obtidos em estudos anteriores mencionados na revisão de literatura formulámos três hipóteses: H1 – Esperamos encontrar (nos resultados do Teste de Szondi) diferenças significativas entre os perfis de sujeitos deprimidos (amostra clínica) e sujeitos sem depressão (amostra da população geral); H2 – Esperamos encontrar diferenças significativas nos níveis de depressão (Escala CES-D) consoante a orientação religiosa, “mais ou menos intrínseca” ou “mais ou menos extrínseca”, do sujeito; H3 – Esperamos encontrar (nos resultados do teste de Szondi) diferenças significativas nos perfis de sujeitos com religiosidade “mais intrínseca” vs. “menos intrínseca” e “mais extrínseca” vs. “menos extrínseca”.

MÉTODO

Participantes

Foram constituídas duas amostras independentes, uma amostra da população geral portuguesa e uma amostra clínica com perturbação depressiva. A amostra representativa da população geral é uma amostra de conveniência, constituída por 44 sujeitos de ambos os sexos, residentes na região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 20 e os 61 anos. A amostra clínica é constituída por 33 sujeitos, de ambos os sexos, residentes na região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 31 e os 72 anos de idade, assistidos em ambulatório ou internamento em instituições de saúde mental de Lisboa. O critério de inclusão nesta amostra compreende o diagnóstico clínico de depressão (sem sintomas psicóticos e sem história passada de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos), descrito no processo clínico do doente e resultado da avaliação psicológica (CID-10). No caso dos sujeitos internados, o tempo de internamento variou entre 3 semanas a 4 meses. Todos os participantes da amostra clínica estiveram já medicados para a depressão e alguns deles tentaram o suicídio.

Material

Questionário sociodemográfico. A informação recolhida contemplou: idade, sexo, habilitações escolares, estado civil, situação profissional actual, agregado familiar e rendimento mensal.

Questionário de Prática Religiosa. Foi utilizado para caracterizar as amostras, do ponto de vista da prática religiosa e do nível de envolvimento religioso dos indivíduos. Os resultados obtidos nos vários itens foram convertidos numa Escala de Prática Religiosa.

Teste de Szondi. O material do teste é constituído por seis séries de fotografias a preto e branco, representativas de pacientes com doença mental. Cada uma das seis séries comporta oito fotos, num total de 48. Para cada série o sujeito é convidado a identificar duas fotografias mais simpáticas e duas mais antipáticas. A segunda fase de administração do teste utiliza as fotos não escolhidas na primeira fase. As cinco administrações sucessivas do teste tiveram lugar separadamente com pelo menos 24 horas de intervalo.

Escala de Depressão CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos (Gonçalves & Fagulha, 2004). Avaliámos o nível de sintomatologia depressiva com a versão portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*, desenvolvida por L. S. Radloff (1977) e adoptando o valor 20 como ponto de corte.

Escala de Orientação Religiosa (versão portuguesa de Linares, 2009, da *Intrinsic/Extrinsic Scale - Revised (I/E-R)* de Gorsuch & McPherson, 1989). Esta escala foi utilizada como medida de religiosidade. Considerámos a organização dos itens desta escala divididos em *factor 1* (agrupa itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, subescala Intrínseca/Extrínseca Pessoal), *factor 2* (agrupa os 3 itens da subescala Extrínseca Social) e *factor 3* (agrupa os itens 3, 10, 14, ditos Extrínsecos “outros”), (Linares, 2012).

Procedimento

Relativamente à amostra clínica, os participantes foram referenciados para o estudo pelo psicólogo da instituição. Os participantes da amostra da população geral foram contactados pessoalmente. Foi garantida a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes e obtido o consentimento informado. A fase de recolha de dados foi

realizada individualmente, em 5 sessões com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente procedeu-se à inserção e análise dos resultados através do tratamento estatístico dos mesmos (*software* IBM SPSS e *software* STATISTICA).

RESULTADOS

Para todas as variáveis, as diferenças em função do grupo revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,05$), exceptuando-se o factor 3 e a Prática Religiosa (QPR). A amostra clínica reportou, em média, mais sintomatologia depressiva, tal como se esperava. O mesmo se verificou para as variáveis factor 2 e factor 1. A pontuação total da Escala EOR é superior na amostra clínica.

Análise das correlações

No grupo da comunidade verificamos que a sintomatologia depressiva não apresenta correlação significativa com as outras variáveis. O resultado mais relevante refere-se ao factor 2 que apresenta uma associação significativa com o item *católico praticante*, o mesmo não acontecendo com o total da Escala de Prática Religiosa (QPR). Este resultado conduziu-nos à verificação do comportamento dos restantes itens da QPR. Verificámos uma correlação significativa entre o *factor 2* (RE), o item *católico praticante* ($r=0,32$; $p=0,03$), o *comungar* ($r=0,37$; $p=0,01$), a *oração* ($r=0,35$; $p=0,02$), a *confissão* ($r=0,36$; $p=0,01$) e a *participação em outras actividades da paróquia* ($r=0,42$; $p=0,005$). O *factor 1* está correlacionado significativamente com estes itens e, também, com a *educação religiosa/comunhão* ($r=0,35$; $p=0,02$), a *frequência da cerimónia religiosa* ($r=0,40$; $p=0,008$) e a *preferência pelo casamento religioso* ($r=0,53$; $p=0,0001$).

Para o grupo com sintomatologia depressiva, as correlações significativas restringem-se às subescalas da EOR. Os resultados da CES-D revelam coerência com o diagnóstico prévio de depressão para os sujeitos desta amostra, tendo 84,8% dos sujeitos uma cotação acima de 20.

Resultados do Teste de Szondi

Características de Personalidade e Depressão - restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças marginalmente significativas no vector Sch (factor p) e no vector P (factor hy). Contudo, os resultados mais significativos estão relacionados com as reacções factoriais d+ e d-, remetendo para diferenças nas constelações do vector C. A diferença entre deprimidos e não deprimidos centra-se no factor d. Na amostra clínica verifica-se maior frequência de reacções d+ e menos de d-. A amostra clínica apresenta maior percentagem de reacções c++ e c+- e c+±. A amostra comunitária apresenta quase o dobro de respostas c-+. Inversamente, o grupo clínico apresenta mais de o dobro das respostas c++ comparativamente ao grupo de indivíduos sem diagnóstico de depressão.

A partir dos resultados obtidos na CES-D, dividimos o conjunto dos sujeitos da amostra clínica e da amostra da população geral em função da maior ou menor sintomatologia depressiva. Utilizámos o ponto de corte de 20, sugerido por Gonçalves e Fagulha (2004). No Quadro 1 agrupámos a informação relativa às variáveis vectoriais que dão lugar a diferenças significativas ($p < 0,10$), na comparação entre os sujeitos com menor e maior sintomatologia depressiva ($CES-D < 20$).

Quadro 1.

Comparação das diferenças significativas das reacções factoriais (CES-D - 20), ($p < 0,10$).

Soma das Ordens					
Factor	Grupo 1 (N=39, CES-D<20)	Grupo 2 (N=38, CES-D≥20)	U	Z - Ajustado	p
p +!	1597	1406	665,0	2,00	0,04
Σ !! p+	1597	1406	665,0	2,00	0,04
d +	1359	1644	579,0	-1,88	0,06
d -	1849	1154	413,0	3,39	0,001

Verificaram-se diferenças significativas entre as reacções factoriais dos sujeitos dos sub-grupos considerados consoante a menor ou maior sintomatologia depressiva (CESD<20 e CES-D≥20), relativamente aos factores p e d. As tendências p+ e d- são mais frequentes nos sujeitos com níveis de sintomatologia depressiva inferiores a 20. Analisando a significância das diferenças encontradas nas frequências das acentuações, verificamos que apenas foi encontrada uma diferença significativa em Σ !! p+ ($p=0,045$). É ainda de salientar a diferença significativa encontrada entre as médias de frequência do índice SOZ +(%), Índice de Socialização, do Grupo 1 (49,00) e Grupo 2 (41,84), superior no Grupo dos menos deprimidos. Para os factores p, hy e para o vector C, as diferenças encontradas nos resultados obtidos com a CESD-D, confirmam as diferenças verificadas em função da divisão de sujeitos por amostra clínica e comunitária.

Características de Personalidade e Religiosidade

Para estudarmos a eventual associação entre as características de personalidade e a religiosidade, comparámos as respostas factoriais e vectoriais dos sujeitos em função do agrupamento *factor 1* proposto por Linares (2012), (Grupo 0<29 e Grupo 1≥29). Utilizámos como ponto de corte o valor 29, igual à mediana do *factor 1*. Não dispomos de dados sobre a religiosidade de 19 sujeitos da amostra clínica, pelo que algumas hipóteses/conclusões serão formuladas com base numa amostra reduzida. Relativamente aos sujeitos com valores mais elevados em *factor 1* verificámos que apresentam uma configuração característica nos factores e e s e nos vectores C e Sch. Efectuámos um Teste de Correlação de Pearson para estudar a associação entre a orientação religiosa intrínseca e extrínseca. Assim, para $n=47$, e para $p<0,01$, obtivemos o valor 0,57. Com vista a compreendermos a eventual associação entre as características de personalidade e a religiosidade em função da “Orientação externa social” (agrupamento *factor 2*; Linares), comparámos o Grupo 0 ($n=31$, <4) com o Grupo 1 ($n=27$, ≥4). Utilizámos como ponto de corte a mediana do *factor 2* (=4). Verificámos que os sujeitos com valores mais elevados em *factor 2* apresentam uma configuração característica nos factores e, p, e no vector C. Partindo do resultado total da EOR e dicotomizando, tomando a mediana como critério, ou seja, ≤40 (Grupo 0, $n=30$), >40 (Grupo 1, $n=28$), procedemos à comparação de frequências.

Constatámos que os indivíduos com maior pontuação na EOR, apresentam diferenças significativas associadas aos factores e, s e vector P. Inversamente, os indivíduos com menor pontuação na escala EOR apresentam diferenças nos factores k±, d- e no vector Sch. Com vista a verificar se as diferenças nas características de personalidade são significativas relativamente aos resultados obtidos com a Escala de

Prática Religiosa (QPR), comparámos os resultados obtidos com os sujeitos que responderam “sim” no item 1 da QPR “*católico praticante*” (Grupo 1) com os restantes que assinalaram os outros itens (Grupo 2). Os resultados não parecem ser muito significativos, provavelmente devido ao número reduzido de sujeitos. Verificou-se apenas um valor significativamente maior da frequência da resposta d+ associado ao item “católico praticante”.

Relativamente à análise das diferenças nas características de personalidade e tendo em conta a prática religiosa, comparámos os resultados dicotomizados da Escala de Prática Religiosa (QPR), considerando a mediana como critério de corte (Grupo 0, $n=37$ e Grupo 1, $n=21$) e utilizando o teste U de Mann-Whitney.

Restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças significativas nos factores h, k e d. As tendências h-, k+ e d- são mais significativas no Grupo com menor prática religiosa e a tendência d+ mais frequente no Grupo com maior prática religiosa, remetendo para os resultados já encontrados relativamente à amostra clínica. Relativamente aos vectores, verificamos resultados significativos nos vectores S, P, Sch e C. As respostas $S\ 0\ \pm$, $Sch\ 0 - C\ 0\ \pm$ e $C\ +\ +$ surgem associadas ao Grupo com níveis mais elevados de prática religiosa. De salientar que neste Grupo predominam as reacções (0), ($S\ 0\ \pm\ Sch\ 0 - C\ 0\ \pm$), exceptuando-se o que se passa no vector P (P 0-) e as reacções ($\pm$), exceptuando-se relativamente a Sch+, o que remete para os resultados já encontrados em relação às respostas ambivalentes no Grupo do factor 1. No Grupo com níveis inferiores de prática religiosa verifica-se uma maior incidência de respostas vectoriais S- +, P 0-, Sch $\pm\ +$ e C - +.

DISCUSSÃO

Relativamente à Escala CED-D, confirmam-se os resultados divulgados em estudos anteriores (Gonçalves & Fagulha, 2004; Martins, 2011) que apontam este instrumento como uma medida válida para avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva. As diferenças encontradas para os factores p, hy e para o vector C através dos resultados obtidos com a CES-D, confirmam as diferenças verificadas em função da divisão de sujeitos por amostra (clínica e comunitária).

Relativamente às hipóteses formuladas, podemos assumir que os resultados obtidos confirmaram a Hipótese 1. Existem diferenças significativas entre os perfis de sujeitos da amostra clínica e da população geral. Verificámos diferenças marginalmente significativas no vector Sch (factor p) e no vector P (factor hy). Contudo, os resultados mais significativos estão relacionados com as reacções factoriais d+ e d-, remetendo para diferenças nas constelações do vector C. A diferença entre deprimidos e não deprimidos centra-se no factor d. Na amostra clínica verifica-se maior frequência de reacções d+ e menos de d-.

A amostra clínica apresenta maior percentagem de reacções c++, c+- e c+±. A amostra comunitária apresenta quase o dobro de respostas c-+. As respostas C+- traduzem a forma autística e depressiva de contacto. Enquanto a reacção C-+ traduz fidelidade e uma ligação estável ao objecto, a tendência d+ destes sujeitos deprimidos traduz a tendência a ficarem “agarrados” ao objecto inicial, aguardando o seu regresso. Remete a uma dispersão resultante de uma procura pouco convicta de um novo objecto de investimento afectivo. Uma procura perpétua que pode prejudicar o desempenho e atenção do sujeito em diversos contextos (Favraux, 2011). As tendências p+ e d- são mais frequentes nos sujeitos com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. A

reação p+ caracteriza a inflação do ego ou egodiastole. A acentuação na amostra comunitária de p+! traduz o perigo de um ego demasiadamente inflacionado. Esta prevalência de p+ na amostra da comunidade pode também estar relacionada com o nível sociocultural elevado dos sujeitos (Gonçalves, 1999). A diferença significativa encontrada entre as médias de frequência do índice SOZ +(%), índice de Socialização, na amostra de sujeitos com menor nível de sintomatologia depressiva, é facilmente explicada pela facilidade de relacionamento interpessoal característico de indivíduos com menores índices desta sintomatologia.

Relativamente à amostra de sujeitos deprimidos, não confirmámos os resultados dos estudos anteriores relativos às respostas e-. A acumulação de tendências agressivas mediadas por hy- que implica um sentimento de vergonha e pudor colectivos, leva o sujeito à repressão moral dos afectos brutais vividos em e- (Derleyn, 2008, citado por Martins, 2011). Também não obtivemos respostas significativas em h+ ou h+! (como Bucher) característica em pacientes internados em contexto hospital (na nossa amostra reduzida, n=14). Os sujeitos deprimidos nesta amostra apresentaram maior frequência de respostas m-, e não m+ como sucedeu em Martins (2011). Os indivíduos deprimidos deste estudo correspondem a sujeitos que tendem a procurar perpetuamente um novo objecto que suplante o amor do antigo, mas fazendo-o sem grande sustentação, de modo dispersivo, sentindo-se continuamente sós, isolados e não valorizados devidamente. No decurso deste processo com pouca ligação à realidade, as suas relações e investimentos afectivos são marcados pela instabilidade e “infidelidade” face ao objecto de investimento.

Os totais obtidos nas Escalas CES-D e EOR são superiores na amostra clínica, bem como nos agrupamentos *factor 1* e *factor 2*. Estes resultados não apoiam a Hipótese 2. Verificam-se realmente diferenças significativas nos níveis de depressão consoante a religiosidade do sujeito. Esta diferença é ainda mais significativa relativamente ao *factor 1*, representativo, segundo Linares (2009), de um tipo mais maduro ou intrínseco de religiosidade. Podemos contrapor este facto aos dados existentes na literatura que advogam que, quanto maior a religiosidade do indivíduo, mais baixo o seu nível de desconforto psicológico (Koenig, 1995, Pargament, 1997, Ross, 1990, citados por Ross, 1995). Particularmente quanto à gestão do stress, alguns autores associam a religiosidade intrínseca a uma forma adaptativa de “coping religioso”. A forma como a religião auxilia no confronto com situações dolorosas depende da concepção que se tem de Deus, dos rituais, formas de oração e outras experiências religiosas como a conversão.

Pfeifer e Waelty (1995) concluem que o compromisso religioso está correlacionado positivamente com a satisfação com a vida e negativamente com o neuroticismo, sendo que esta associação religião-neuroticismo se deve a personalidades de base patológica. As perturbações mentais podem afectar as crenças e expressões religiosas (Argyle, 1959, citado por Oliveira, 2000). Não é a religião que perturba o funcionamento psicológico do sujeito, mas sim a sua predisposição de base para o desenvolvimento de neurose ou psicose (Caird, 1987, citado por Oliveira, 2000).

Recorrendo a um teste projectivo, o Teste de Szondi, e na linha dos estudos que utilizam instrumentos de avaliação da personalidade na linha de Eysenck, conseguimos mostrar que os indivíduos com maiores níveis de sintomatologia depressiva e maior pontuação total na Escala EOR (*e no factor 1*) apresentam características de personalidade já de si mais predisponentes ao desenvolvimento de doença mental: e ±, hy-, p±, c+-, e-!, s0, Sch+0, s± e d+. Kiss (2005) havia já associado os factores p+, e+,

e-, hy-, e d+ à ansiedade e depressão. Assim os indivíduos com maior pontuação na Escala EOR (e factor 1) acusam a presença de um conflito ético e moral latente, que parecem resolver através de um processo inflativo de união e adoração a um ser transcendente e onnipotente. Os indivíduos com resultados mais baixos na EOR (e factor 1), apresentam uma acumulação de tendências agressivas, de não-aceitação da autoridade que vem de fora (e-!), um conflito moral que resolvem através de hy-, que conduz o sujeito à repressão de desejos e afectos incompatíveis com os seus princípios morais, éticos e religiosos.

Por outro lado, o nosso estudo revela que o mesmo se passa para o Grupo com maior pontuação na Escala de Prática Religiosa, relativamente às respostas d+, S 0±, Sch 0-, C0± e C++ e ao item “*católico praticante*”. A análise das diferenças entre as amostras no que se refere ao item católico praticante acusou uma diferença muito significativa (acentuação) na tendência s-, que remete para a humildade, doação de si, espírito de sacrifício, desejo de dar e proteger, que caracteriza os princípios universais da religião.

Os indivíduos com maior pontuação na EOR, apresentam diferenças significativas associadas aos factores e, s e vector P, tal como acontece nos indivíduos mais deprimidos (amostra clínica e/ou níveis mais elevados da CES-D). Inversamente, os indivíduos com menor pontuação na escala EOR apresentam diferenças nos factores k±, d- e no vector Sch. O mesmo se verifica na amostra comunitária e no grupo com níveis inferiores de sintomatologia depressiva.

Em relação à *Hipótese 3* (diferenças significativas nos perfis de sujeitos consoante a sua orientação religiosa), verificámos que os sujeitos com valores mais elevados no agrupamento *factor 1* (subescala Intrínseca/Extrínseca Pessoal, itens 1,4,5,6,7,8,9 e 12) apresentam uma configuração característica nos factores e e s e nos vectores C e Sch (e - !, Σ !! e, s 0, Sch + 0, C + -). Os sujeitos com valores mais elevados do *factor 2* apresentam uma configuração característica nos factores e, p e no vector C (e ±, hy-, p±, C+-).

No factor e são muito frequentes os sinais de tensão e dilema subjectivo (o dilema “ético”, entre o bem e o mal) e mais raros os sinais de acumulação de agressividade. A diferença no factor p é curiosa: os sujeitos com valores mais elevados em religiosidade intrínseca parecem tender a projectar e a participar dessas projecções. Finalmente no factor d encontrámos sujeitos com valores mais elevados em religiosidade intrínseca, uma posição muito mais aberta ao encontro e à procura (d0, d+), por contraste com a posição mais retraída e “conservadora” dos sujeitos com valores mais baixos.

Segundo Szondi, a luta ética sã entre o bem e o mal pode ser expressa pela luta entre dois grupos de tendências diametralmente opostas: 1) (e+) atitude conscienciosa, tolerância, bondade de coração, gosto em servir, fé em Deus, cuidar do outro; 2) (e-) sem censura/consciência moral, intolerância, blasfémia, alegria pelo mal do outro e malícia. Através da sua ligação ao factor hy, o combate entre estes dois conjuntos de tendências caracteriza a pulsão humana fundamental à ética e à lei interior. A censura ética e a censura moral apresentam uma forma/constelação própria e podem relacionar-se com a depressão, entre outras patologias. A primeira (de natureza masculina) parece estar presente nas neuroses obsessivas e, a segunda, (de natureza feminina), está associada à depressão.

Orientação e Prática Religiosas

Analisando as correlações encontradas entre as variáveis em estudo, verificamos

uma associação previsível entre os *factores* 1 e 2, e o Total da EOR. Curiosamente não verificámos uma associação positiva entre o Total da QPR, o factor 2 ou o Total da Subescala REes. Assim podemos constatar que a prática religiosa surge positivamente correlacionada com o agrupamento *factor 1*, com o total da EOR e com o item *católico praticante*; o *factor 2* correlaciona-se significativamente com este item, com o comungar, a oração, a confissão e a participação em outras actividades da paróquia. O *factor 1* está correlacionado significativamente com estes itens e também com a educação religiosa, a frequência da cerimónia religiosa e a preferência pelo casamento religioso.

Com vista a verificar se as diferenças nas características de personalidade são significativas relativamente à prática religiosa (QPR), comparámos os católicos praticantes (Grupo 1; $n=14$) com os outros (Grupo 2; $n=44$). Os resultados encontrados parecem não ser significativos, provavelmente devido ao número reduzido de sujeitos considerado. Restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças significativas nos factores h, k e d. As tendências h-, k+ e d- são mais significativas no Grupo com menor prática religiosa e a tendência d+ mais frequente no Grupo com elevada prática religiosa, remetendo para os resultados já encontrados relativamente à amostra clínica. Relativamente aos vectores, verificamos resultados significativos nos vectores S, P, Sch e C. As respostas S 0±, Sch 0-, C 0± e C ++ surgem associadas ao Grupo com níveis mais elevados de prática religiosa. De salientar que neste Grupo predominam as reacções (0), (S 0±, Sch 0- e C 0±), exceptuando-se o que se passa no vector P (P 0-) e as reacções (±), exceptuando-se Sch+, que remete para os resultados já encontrados em relação às respostas ambivalentes no Grupo do *factor 1*. No Grupo com níveis mais inferiores de prática religiosa verifica-se uma maior incidência de respostas vectoriais S- +, P 0-, Sch ± + e C - +.

A fonte de energia da função diastólica do eu deriva da força pulsional para *ser* (p), em oposição ao *ter* (k). No início da vida, o indivíduo projecta a força da sua existência na mãe (existência dual). Mais tarde, desloca-a para as figuras de autoridade e objectos de amor. Por outro lado, pode retirá-la dos objectos exteriores ou ainda incorporar em si mesmo outros objectos. Esta situação, quando extremada, pode assumir uma forma patológica de dilatação do eu, ambitendência ou inflação patológica. Se o eu transfere a força da sua existência para a sua instância suprema (o espírito), então torna-se religioso e crente em Deus. Nos povos primitivos (k0, k+, Sch 0-! ou Sch +-!!) existia uma participação mística original (Levy-Bruhl, citado por Favraux, 2011). O indivíduo atribuía a força da sua existência ao objecto totémico. Este facto pode ser relacionado com o estado de confiança básica e identidade do eu de E. Eryckson. Szondi situa neste nível o significado e essência de todas as espécies de participação de natureza mística. A hipertonía da projecção indica um nível elevado de união místico-religiosa com o objecto totémico (p-!, p-!!, p-!!!). A semelhança entre os “perfis pulsionais” dos primitivos e o perfil projectivo paranóide do homem actual revela que a nossa cultura ocidental contemporânea é incapaz de assegurar ao homem civilizado a confiança básica. Relativamente às amostras em estudo verificámos que as tendências h-, k+ e d- são assim significativas no Grupo com menor prática religiosa, verificando-se ainda uma maior incidência de respostas vectoriais S-+ PO- Sch ±+ e C-+.

Este estudo confirma as hipóteses formuladas relativamente à relação entre depressão, características de personalidade e religiosidade. O Teste de Szondi mostrou ser um teste sensível à depressão e à identificação de diferenças de personalidade relacionadas com a religiosidade.

Assim, encontrámos diferenças significativas e tendencialmente significativas entre os perfis dos indivíduos com depressão e os sujeitos sem depressão, tal como Bucher (1979) e Martins (2011) haviam sugerido. No entanto, o perfil da amostra clínica (deprimidos) confirma apenas parcialmente os resultados de investigações anteriores ao nível dos vectores Sch, P e C. Obtivemos uma correlação significativa entre as escalas EOR e QPR, sendo que os indivíduos com maior pontuação na Escala EOR apresentaram níveis de sintomatologia mais elevados. Estes resultados verificaram-se quando comparadas as médias entre as amostras clínica e comunitária, e quando foi efectuada esta comparação tendo como critério de corte o valor 20 da Escala CES-D. Assim, verificou-se a validade desta escala relativamente à avaliação da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Este estudo confirma a validade da escala CES-D e a especificidade do esquema pulsional de Szondi quer em relação à sintomatologia depressiva, quer em relação à variável religiosidade. No entanto as amostras consideradas dada a sua dimensão, revelaram-se pouco representativas da população geral. No futuro seria interessante aprofundar o estudo da relação entre as características de personalidade e a religiosidade dos sujeitos, designadamente no que concerne à resolução do dilema e conflito ético e religioso (e-/hy-) e ao processo de sublimação do factor e; estudo este a ser efectuada com maior profundidade e com amostras mais representativas da população em estudo.

Agradecimentos

Agradeço ao Professor Bruno Gonçalves, orientador desta investigação. Agradeço às Professoras Maria Eugénia Silva e Teresa Fagulha pela colaboração frutuosa na discussão do tema e sua apresentação neste Simpósio.

Aos colegas Dra. Vanessa Martins, Carla Toste, Dra. Rita Rodrigues, Dr. Nuno Fragoso que colaboraram na recolha e tratamento dos dados e aos pacientes, que abnegadamente aceitaram fazer parte das amostras em estudo.

Ao Dr. Elias Barreto, Dr. António Bento (Hospital Júlio de Matos) e à Dra. Rita Fonseca (Clínica Psiquiátrica de São José) que facultaram e orientaram o acesso às instituições.

REFERÊNCIAS

- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443. doi: 10.1037/0021212
- Bucher, R. (1979). *Depressão e melancolia, estudo histórico e psicopulsional sobre a estrutura e classificação dos estados depressivos*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós. Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina.
- Dias, C. (2011). *Religiosidade intrínseca e extrínseca: Implicações no bem-estar subjectivo de adultos de meia-idade*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/5131>
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 381-389. doi: 10.1590/0102-79722005000300012
- Favraux, E. (2011). *L. Szondi. Manuel du diagnostic experimental des pulsions* (V.1).

Edição do autor.

- Fromm, E. (1962). *Psicanálise e religião* (2ªed). Rio de Janeiro, RJ: Livro Ibero-Americano.
- Gomes, A. (2011). Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*, 25, 81-109.
- Gonçalves, B. (1996). O teste e a teoria de Szondi: Enquadramento histórico e exemplo de investigação com adolescentes surdos. *Psychologica*, 15, 101-106.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 339-348. doi: 10.102721015-5759.20.4.339
- Guimarães, H., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. Revisão de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica* 34, 88-94. doi: 10.159020101-60832007000700012
- Kiss, P. E. (2005). Comparing the factors of Cloninger's Temperament and Character Inventory (TCI) with the Szondi-test. *Szondiana, Zeitschrift für Tiefenpsychologie und Beiträge zur Schicksalsanalyse*, 59-70.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 143, 329-334.
- Legrand, M. (1979). *Leopold Szondi. Son test, sa doctrine*. Bruxelas: Pierre Mardaga.
- Linares, R. (2009). Escala de Orientação Religiosa (versão para estudo).
- Martins, V. (2011). *A depressão no Teste de Szondi*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/5039>
- Mazidi, M., Moltafed, G., & Sadati, S. (2010). Personality traits, religious orientation and happiness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9, 63-69.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159, 359-371. doi: 10.1176/159.3.359
- Oliveira, J. B. (2000). *Psicologia da religião*. Coimbra: Almedina.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468. doi:org/10.1016/0020-7489(95)00007-K
- Saroglou, V., & Jaspard, J.-M. (2000). Personality and religion: From Eysenck's taxonomy to the Five-Factor Model. *Archiv für Religionpsychologie*, 23, 41-70.
- Saroglou, V., & Jaspard, J.-M. (2001a). Does religion affect humour creation? An experimental study. *Mental Health, Religion, and Culture*, 4, 33-46. doi:10.10802F13674670010016756
- Saroglou, V. (2001b). La religion des jeunes et leur personnalité: Etudes récentes en Belgique francophone. In Saroglou & Hutsebaut (Eds.), *Religion et développement humain : Questions psychologiques* (pp. 115-140). Paris-Montréal: L' Harmattan.
- Saroglou, V. (2003). Psychology of religion and culture. In *Encyclopedia of Life Support Systems* (EOLSS). Oxford, UK: UNESCO-Eolss Publishers.
- Schotte, J. (1990). *Szondi avec Freud, sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelas: de Boeck Université.
- Smith, T. B., McCullough, M. E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression:

Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events.
Psychological Bulletin, 129, 614-636. doi:org/10.1037/0033-2909.129.4.614

GÊNERO E EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES DE PESSOAS IDOSAS

Rafael P. Nunes✉ 1, Rômulo L. Melo 2, Maria C. Eulálio 1 e Kalina L. Santos 1

1-Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil; 2-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil

O envelhecimento é marcado por mudanças psicológicas, biológicas e sociais, podendo ser observado no declínio do funcionamento físico, dificuldades com a memória e isolamento social, com grandes chances de serem vividas como estressantes (Fortes-Burgos, 2009). Os idosos brasileiros habitualmente convivem com situações angustiantes relacionadas aos baixos valores de aposentadorias e pensões, constante medo de violência, escassez de assistência médica e atividades de lazer (Veras, 2009). Segundo Fortes-Burgos (2009) adaptar-se a estas situações torna-se cada vez mais difícil com o avançar da idade, pois a capacidade de resiliência e adequação diminuem, comprometendo a sua saúde, já que a exposição a estímulos estressores, acompanhada da não adaptação, desencadeia reações no organismo, muitas vezes, disfuncionais (Talarico, 2009). Estudos realizados (Aldwin, 2004; Fortes-Burgos, 2009; Lopes, 2003) assinalam a ocorrência de eventos estressantes para população idosa, tais como a incapacidade de cumprir desígnios do cotidiano, situações de isolamento, preconceito, perda de entes queridos, acesso desigual aos cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, disparidade de renda, altas taxas de violência e criminalidade.

Entre os fatores de investigação na velhice, estão os sóciodemográficos, destacando-se o sexo, pra ser mais preciso o gênero. Este último é socialmente construído e ultrapassa as diferenciações anatômicas entre homens e mulheres (Neri, 2001). De acordo com Motta (1999) o sexo se expressa no corpo e o gênero na cultura, sendo a última a que de fato faz diferença, pois a partir delas se desenvolvem relações de poder, hierarquias e o aumento das diferenças entre os sexos.

Para Goldani (1999) homens e mulheres lidam com perdas e preconceitos em relação à idade. Mas em se tratando de conquistas sociais na modernidade, às mulheres foram relegados espaços desvalorizados, colocando-as em posição social desprivilegiada em relação aos homens (Bordieu, 1999). Os acúmulos de desigualdades aumentam a probabilidade da mulher se tornar mais pobre e dependente na velhice do que o homem. A despeito deste fato a expectativa de vida da mulher é maior, tendo em vista o cuidado com a saúde, e a menor exposição a fatores de risco, que a deixa num paradoxo em relação à qualidade de vida, tendo em vista o maior tempo de vida, em contrapartida ao maior número de doenças crônicas (Paschoal, 2004). Neste sentido, chama-se a atenção para o mascaramento desenvolvido através do conceito de

✉ - Rafael P. Nunes, Rua Manoel de Freitas Ramos, 04, Cruzeiro. Campina Grande, PB- Brasil. E-mail: rafelrh10@hotmail.com

feminização da velhice (Oliveira 2008; Salgado, 2002), pois este se baseia nas diferenças de número entre homens e mulheres.

Desta forma, objetivou-se com este estudo, descrever os níveis de estresse, os eventos estressantes e a relação destes com o gênero.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com amostragem por conglomerado da cidade de Campina Grande – PB no Brasil. Com abordagem quantitativa e delineamento descritivo-analítico.

Participantes

Entre um total de 557 idosos, participantes da pesquisa “Saúde Mental de Idosos de Campina Grande-PB” realizada no Brasil em 2012. Participaram deste estudo 381 idosos com idade a partir de 60 anos, de ambos os sexos, incluídos a partir de suas pontuações no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975). O MEEM foi avaliado de acordo com o nível de escolaridade, para serem considerados aptos a responder os demais instrumentos da pesquisa.

Material

Além do MEEM, utilizou-se ainda a Escala de Eventos Estressantes (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2008), constituída por 41 itens, sendo 40 de resposta dicotômica e escalar (5 pontos), variando de “nada” a “extremamente estressante”, e uma estruturada pelo idoso. A escala avalia a frequência dos eventos, bem como a intensidade de estresse atribuída pelo respondente. Empregou-se ainda um questionário sóciodemográfico.

Procedimento

Primeiramente o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com o parecer de número 0655.0.133.000-11. Em seguida estudantes do curso de psicologia devidamente treinados, percorreram as ruas inseridas nos setores definidos anteriormente para coleta, apresentado a pesquisa, com subsequente assinatura e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Finalizada a coleta, os dados foram tratados com auxílio do SPSS, onde foram realizadas estatísticas descritivas e análises inferenciais, como o *r* de Pearson e teste *t* de student para amostra independente.

RESULTADOS

Dos 381 participantes prevaleceu o sexo feminino (73,5%), diferença quantitativa refletida ainda no número de participantes viúvos (36%), que era predominantemente do sexo feminino (89,8%). A idade do grupo variou de 60 a 96 anos ($M=71,50$; $DP=8,0$). Grande parte (44,1%) das mulheres era casada ou vivia com companheiro (44,1%). Quanto à escolaridade, 53,3% declararam ter cursado o ensino fundamental, 12,3% o ensino médio, 10,5% o ensino superior e 21,8% dizem nunca ter ido à escola. A maioria relatou ser católica (71,9%), possuir residência própria (75,9%), renda mensal pessoal de até um salário mínimo (60,8%), e ser chefe da família (65,1%).

Tomando por indicador o índice de estresse geral, observou-se que os idosos apresentaram média de 26,50 ($DP=17,07$). Evidenciou-se através de estatísticas descritivas que entre os eventos estressantes relatados com maior frequência, destacam-se “Morte de um parente próximo” (61,4%), “Doença ou piora no estado de saúde”

(56,4%), “*Sensação de que a memória estava piorando*” (52,5%), e “*Morte de um amigo muito chegado*” (51,2%).

Quanto à intensidade dos eventos considerados mais estressantes, destaca-se “*Morte de um parente próximo*”, analisando a sua constância em 16,5% dos participantes, seguido de “*doença ou piora no estado de saúde*” (10%) e “*Doença de um/a filho/a*” (7,3%). O evento “*doença e piora no estado de saúde*”, obteve a maior média ($M=2,12$; $DP=2,14$), quanto à intensidade, ou seja, aqueles vividos como “muito ou extremamente estressantes”.

Os eventos estressantes investigados foram os ocorridos nos últimos cinco anos e sua distribuição com valores podem ser visualizados no quadro 1.

Quadro 1
Eventos estressantes

Item	Evento	Frequência
4	Morte de um parente próximo.	61,4
11	Doença ou piora em seu estado de saúde.	56,4
12	Sentiu que sua memória estava piorando.	52,5
3	Morte de um/a amigo/a muito chegado	51,2
27	Diminuição na participação em atividades de que gostava muito.	47,2
20	O/a senhor/a sentiu que estava perdendo poder aquisitivo.	41,5
7	Doença do/a esposo/a.	33,7
9	Doença de um/a filho/a.	29,7
28	Teve que assumir responsabilidades financeiras de familiar.	24,8
16	Teve que tomar conta ou cuidar do/a esposo/a doente.	23,2
31	casa sofreu danos por causa de chuvas, de enchente ou de seca.	21,8
36	Precisou de remédio e não teve dinheiro para comprar.	21,6
24	Divórcio ou separação de um/a filho/a.	20,8
13	Teve que colocar o/a esposo/a numa instituição.	18,4
10	Doença de um/a neto/a.	18,2
33	Foi enganado/a ou ridicularizado/a.	16,5
39	Ente querido precisou de remédio e não teve dinheiro.	15,5
2	Morte do pai ou da mãe.	15,3
26	Casamento de um/a filho/a.	15,3
29	Conflitos com os/as filhos/as.	15,3
17	Perdeu contato com amigo/a por causa de mudança.	13,9
21	Sua aposentadoria.	13,2
38	Um ente querido sofreu algum tipo de violência.	12,6
19	O/a senhor/a perdeu algum objeto de que gostava.	12,3
1	Morte do/a esposo/a.	10,3
34	Sofreu roubo ou assalto à sua residência.	10,2
30	Conflitos com o/a esposo/a.	10,0
15	Teve que tomar conta ou cuidar do pai ou da mãe doente.	9,3
35	Foi roubado/a ou assaltado/a na rua ou em transporte público.	9,2
14	Teve que colocar o pai ou a mãe numa instituição.	9,0
18	Perdeu contato com um/a filho/a por causa de mudança.	6,8
5	Morte de um/a filho/a.	6,6
32	Foi maltratado/a ou ameaçado/a de maus tratos.	6,6
40	Ente querido precisou de socorro médico e não conseguiu.	5,2
8	Doença do seu pai ou da sua mãe.	4,6
6	Morte de um/a neto/a.	4,5
22	Aposentadoria de seu/sua esposo/a.	4,2
37	Precisou de socorro médico de urgência e não conseguiu.	3,9
23	Divórcio ou separação.	3,7
25	Casamento – o/a senhor/a se casou.	1,6

Os dados revelaram maior frequência e intensidade atribuídas a eventos relacionados à finitude – morte de entes queridos e problemas de saúde próprios ou de entes queridos e de descendentes. A fim de verificar as possíveis diferenças entre os sexos, observou-se que os eventos estressantes mais relatados pelas mulheres foram “*Morte de um parente próximo*”, e “*Doença ou piora no estado de saúde*”. Quanto aos homens foram os eventos, “*Morte de um parente próximo*”, e “*Morte de um/a amigo/a muito chegado*”.

Quanto ao nível de estresse geral, notou-se que as participantes do sexo feminino apresentaram níveis mais elevados de estresse ($M=28,09$; $DP=17,40$) do que os níveis apresentados pelo sexo masculino ($M=22,06$; $DP=15,35$). Diferença significativamente diferente de zero, $t(372)=-3,04$; $p<0,05$.

DISCUSSÃO

Os idosos participantes do estudo foram em sua grande maioria do sexo feminino. Este grande número de mulheres é comum em populações idosas, fato que pode ser entendido pelas desigualdades sociais acumuladas entre homens e mulheres, implicando em maior expectativa de vida para mulher. A maior sobrevivência das mulheres é acordada por alguns autores como a feminização da velhice (Nicodemo, 2010; Salgado, 2002). Em consequência observa-se o alto número de mulheres viúvas.

O envelhecimento é um processo de mudanças, com possibilidades de crescimento e de declínio, de ganhos e de perdas. As perdas são mais comuns em termos funcionais, relacionais, financeiros e sociais. Os resultados relativos aos eventos estressantes mais frequentes condizem com a literatura que trata da temática (Aldwin, 2004; Castillo, Marziale, Castillo, Facundo, & Meza, 2008; Nicodemo & Goldoi, 2010). Assim como os eventos mais frequentes, os mais intensos estão relacionados a problemas de saúde e morte, que traduzem a angústia ligada à dependência de outras pessoas e a finitude, que foge totalmente do controle.

Experiências que dizem respeito à finitude de um descendente ou outra pessoa próxima coloca o idoso em contato com o próprio fim. Os problemas de saúde levam o indivíduo a tomar consciência do próprio corpo, antes saudável e resistente, agora sofrendo alterações, que indicam o próprio declínio. Diante da imprevisibilidade de tais eventos, e o alto grau de sobrecarga causado, é preciso que os idosos utilizem-se de recursos adaptativos de forma a minimizar os efeitos do estresse (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009; Lopes, 2003).

A diferença encontrada quanto ao nível de estresse geral entre homens e mulheres é recorrente (Nicodemo, 2010; Salgado, 2002), haja vista a maior exposição da mulher em termos de riscos à saúde, prejudicada pelo estilo de vida, baixa escolaridade, isolamento social e oportunidades diferentes entre gêneros (Castillo, et al. 2008). Ademais o fato das participantes do sexo feminino atribuírem maior intensidade aos eventos estressantes pode estar relacionado à maior ocorrência de queixas por parte das mulheres (Fortes-Burgos, Neri & Cupertino, 2009). Quanto aos eventos mais frequentes, em primeiro lugar surge a morte de um parente próximo relatado como mais estessante por todos os participantes. Em segundo lugar aparece a doença ou piora no estado de saúde como o evento mais relatado pelas mulheres, e morte de um amigo muito chegado pelos homens.

Em suma, os eventos considerados como mais estressantes, são os que põem em risco a saúde e a vida dos mesmos, e de seus próximos. Os eventos de vida são

experienciados como mais estressantes pelas mulheres.

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2004). *Health, illness, and optimal aging: Biological and psychological perspectives*. Los Angeles, CA: Sage.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Rio de Janeiro, RJ: Bertrand Brasil.
- Castillo, B. A. A., Marziale, M. H. P., Castillo, M. M. A., Facundo, F. R. G., & Meza, M. V. G. (2008). Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(especial), 509-515. doi: 10.1590/S0104-11692008000700002
- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). "Mini Mental State". A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 74-82. doi: 10.1590/S0102-79722008000100010
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B., (2009). Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14, 69-75. doi: 10.1590/S1413-294X2009000100009
- Goldani, M. G. (1999). Mulheres e envelhecimento: Desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In A. A. Camarano (Ed.), *Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros* (pp.75-115). Rio de Janeiro, RJ: Instituto de Pesquisa Aplicada.
- Lopes, C. S., Faerstein, E., & Chor D. (2003). Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: Resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 1713-1720. doi: 10.1590/S0102-311X2003000600015
- Motta, A. B. (1999). *Não tá morto quem peleia: A pedagogia inesperada nos grupos de idosos* [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação. Bahia: Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://www.bdae.org.br/dspace/bitstream/123456789/2751/1/ACAO020.pdf>
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. 2º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>
- Nicodemo, D., & Godoi, M. P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: Estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência em Extensão*, 6, 40-53.
- Oliveira, A. M. (2008). *A feminização da velhice e a invisibilidade da violência contra o idoso: Um estudo sobre o atendimento de velhos nas delegacias de polícia* [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000431468>
- Paschoal, S. M. P. (2004). *Qualidade de vida do idoso: Construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico* [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16052005-112538/pt-br.php>
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 7-19. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>

Talarico, J. N. S., Caramelli, P., Nitrini, R., & Chaves, E. C. (2009). Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 803-809. doi: 10.1590/S0080-62342009000400010.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43, 548-554. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025

O VIH/SIDA E AS VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA PESSOA INFETADA

Rita Costa [✉] 1 e Ana Rosa Tapadinhas 2

1-Associação Positivo; Lisboa, Portugal; 2 - Instituto Piaget; CHLO, E.P.E.; Lisboa, Portugal

Ao longo dos anos, a conceção do VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) evoluiu e ajustou-se à evolução do conhecimento científico e adquiriu dinâmicas multidisciplinares permitindo novas dimensões na compreensão desta doença crónica. Contudo, passados trinta anos da efetivação diagnóstica do VIH, o estigma e o preconceito continuam a ser uma das principais barreiras na prevenção. Assim, continuam a constatar-se casos de pessoas a denegar os riscos, recusar testes de diagnóstico e tratamento e a não recorrer aos cuidados adequados a esta doença. O VIH/SIDA, tal como qualquer doença transmissível e com risco de morte, induz fantasias e medos injustificados de contágio, tendo como base crenças erróneas, informação desatualizada e inclusive a doença em si mesma. Como consequente, com este receio como padrão, proliferam consequências para aqueles que vivem infetados, que são muitas vezes, tratados como indesejados, postos de parte pela entidade patronal, mas igualmente pelos amigos e família, entre outras situações.

Numa outra linha, observamos a eficácia da medicação e os seus benefícios, que em muitos casos levam a uma modificação da perceção do risco de infeção e a um sentimento falso de segurança, o que compromete as medidas de base na prevenção da transmissão do VIH (Grodeck, 2007). Neste sentido, a compreensão dos comportamentos de saúde e das reações à doença, não faz sentido sem o contributo das variáveis psicológicas (Grilo & Pedro, 2005). Efetivamente, a transmissão do VIH decorre dos comportamentos e estilos de vida adotados tornando-se desta forma uma área relevante para a psicologia e mais especificamente para a psicologia da saúde (Ogden, 2004). Considera-se que o VIH/SIDA é uma doença com um enorme impacto psicológico e como tal a intervenção psicológica deverá dar resposta, a infetados e afetados, numa orientação multidisciplinar (Teixeira, Cima, & Santa Cruz, 1999).

A intervenção psicológica com sujeitos com VIH está amplamente estudada. Os seus focos podem ser diversos, começando pelo aconselhamento pré/pós teste, até às problemáticas da adesão terapêutica, estilos de vida, qualidade de vida, cuidados continuados e paliativos, e prevenção, nos seus vários níveis (Nabais & Graça, 2008; Bennett & Murphy, 1999). Embora cada pessoa seja singular no significado que atribui ao vírus e à sua vivência, muitos dos conflitos manifestos evidenciam questões em comum. Um destes aspetos, em particular, remete para a sexualidade e a sua vivência como necessidade e realidade de todos os seres humanos na sua existência hormonal

[✉] - Rita Silvestre Costa, Rua de São Paulo, nº 216, 1º A/ B, 1200-0429 Lisboa, Portugal, Email-ritasilvestrecosta@gmail.com

madura. Desta forma, pretende-se refletir acerca da perspetiva da vivência do VIH, partindo de uma base de trabalho interdisciplinar, numa orientação de intervenção holística da pessoa infetada. O interesse de explorar o tema partiu da prática clínica com pessoas que vivem com VIH, em contexto de ONG e apoio hospitalar.

O intuito do presente artigo é de cariz teórico e exploratório, tendo como objetivo promover a reflexão sobre alguns aspetos conscientes e inconscientes ligados a esta doença crónica e à sua vivência integrativa.

Revisão Teórica

A saúde é a prioridade primária de todos os indivíduos, dos governos e da sociedade no contexto geral. Inclusive, estudos sobre ânimo e satisfação de vida indicam sistematicamente, que a perceção de saúde de cada sujeito é o elemento chave do bem-estar e a condição organizadora da vida (Paúl & Fonseca, 2001). Especificamente menciona-se a saúde percebida pelo próprio e a saúde como indicador social de desenvolvimento. Os dois níveis, psicológico e social, comportam a dupla dimensão de uma experiência que é subjetiva, vivenciada a nível corporal e inserida numa realidade social.

Neste sentido, o VIH, foco do presente artigo, apresenta-se como doença crónica, e logo, aponta para uma variabilidade do significado da doença e da experiência de doença crónica singular para cada indivíduo, em função dos recursos a que este tem acesso ou de variáveis psicológicas, como as características de personalidade, estratégias de *coping*, suporte social, entre outros aspetos (Paúl & Fonseca, 2001). Efetivamente, o VIH não pode ser considerado de forma isolada, é indissociável das condições de saúde, mas também das comorbilidades psicológicas e sociais (Halkitis, Wolitski, & Millett, 2013).

Conceptualizando, o VIH ou Vírus da Imunodeficiência Humana, isolado pela primeira vez em 1983, ataca o sistema imunitário, não o tornando capaz de se defender dos microrganismos patogénicos que provocam doenças e infeções. A SIDA, identificada em 1981, significa Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, é um período avançado de sintomas, na qual o indivíduo afetado pelo VIH passa a ter infeções resultantes da deficiência do sistema imunitário (Mansinho, Vieira, Antunes, Soares, & Marques, 2005).

A evolução do VIH para a SIDA varia no tempo. As fases da evolução da seroconversão inicial do VIH para a SIDA tendem a ser: doença inicial de seroconversão, fase assintomática, aumento dos gânglios linfáticos, início das infeções oportunistas, complexo relacionado com a SIDA e SIDA (Taveira, Castanho, & Barroso, 2007). Assim, o tempo de evolução entre o VIH e a SIDA é variável, sugerindo-se que poderá existir uma componente emocional na promoção e replicação do vírus e que por isso fatores psicológicos poderão estar igualmente presentes na longevidade (Ogden, 2004).

Ao nível epidemiológico, e segundo o relatório global da United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) de 2013, nos indivíduos infetados de todas as idades, constata-se um aumento da estimativa entre 2001 (26000 a 45000 indivíduos com HIV) e 2012 (38000 a 62000 indivíduos com HIV). De acordo com o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP), no período entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2012, notificaram-se 1707 casos, dos quais 156 casos são referentes a uma evolução de estágio, e 1551 novos casos. Dos novos casos, 776 foram diagnosticados no próprio ano, sendo a idade média de 41 anos. Importa referir que 70,7% dos casos correspondem a indivíduos do género masculino, sendo que 63,1% dos

casos referem-se a transmissão heterossexual, e o próprio contato sexual foi a principal causa da transmissão da infeção (88,8% dos casos).

No que concerne à distribuição geográfica, Lisboa assume-se como o distrito com o maior número de casos ao longo da história (39,3% do total de casos registados entre 1983-2012), sendo seguida pelo distrito do Porto (20,3%) e de Setúbal (12,1%). Relativamente à variável género, os homens contam com 73,4% do total de casos contabilizados entre 1983 e 2012. Refere-se que ao longo da história foi sempre registado um maior número de casos nos homens quando comparado com o número de mulheres, e que após o decréscimo de casos do género masculino até 2007, voltou-se a verificar uma discreta tendência crescente no mesmo número de casos. Esta situação também tem sido verificada em outros países da Europa, pondo-se a hipótese do aumento do número de homens que têm sexo com homens.

Analizando o modo de transmissão, observa-se que entre os anos de 1983 e 2012, a transmissão heterossexual conta com o maior número de casos registados (43,5%), sendo seguida da toxicodependência (37,8%), da transmissão homo/bissexual (13,8%), da transmissão “Mãe/filho” (0,9%), entre outras. Todavia, o relatório do INSA menciona que só entre 2005 e 2011 observou-se uma diminuição de 79,2% do número de casos infetados através do consumo de drogas, e 21,3% do número de casos infetados através da transmissão heterossexual. O cenário inverso pode ser observado para a transmissão homo/bissexual, que conta no mesmo período com um aumento de 33,1%, e que continua com um cenário crescente ao longo do tempo. Relativamente aos casos de SIDA entre 1983 e 2012, verifica-se situações idênticas no que diz respeito ao género, uma vez que a prevalência é maior nos homens e o distrito de Lisboa continua a ser o mais afetado (40,8%). Os dados revelam ainda que o número de óbitos por ano tem verificado uma tendência decrescente de 2002 em diante.

Desde a identificação da doença em estudo, têm existido vários períodos, marcados por orientações e transformações específicas. De uma forma sucinta, o primeiro entre 1981 a 1984, teve como foco os fatores de risco, etiologia e distribuição, surgindo o conceito de “grupos de risco”. Nesta altura, o VIH foi então associado a certos grupos, como “a doença dos 4 H’s”: homossexuais, hemofílicos, haitianos e heroínómanos. Em 1983, identifica-se o primeiro caso de SIDA em Portugal (Cláudio & Mateus, 2000). O segundo período dá-se entre 1985 e 1988, aquando da determinação dos modos de transmissão e isola-se o agente etiológico, ocorrendo a primeira conferência internacional sobre SIDA, onde o conceito “grupos de risco”, foi substituído por “comportamentos de risco”, criando-se estratégias de redução de riscos. Esta alteração leva a uma mudança de paradigma no sentido de universalizar a possibilidade de contágio a todos e não somente a um grupo restrito e concedendo responsabilidade a cada indivíduo. O momento que se seguiu, entre 1989 e 1999 foi marcado pela ideia que a motivação e a informação só por si não seriam eficientes para poder evitar situações de contágio. No ano de 1996, inicia-se a terapia antirretroviral que alterou as perspetivas da doença em vários aspetos. Pode-se ainda considerar um quarto momento, do ano 2000 até ao presente, caracterizado pela disseminação da medicação e pelo número de pessoas a viver com SIDA. Mais ainda, deu-se particular atenção às questões socioculturais e psicológicas, que tiveram início na década de 90, relativamente anuladas face às questões de transmissão, e novamente investidas no viver com o diagnóstico (Bacchini, Alves, Ceccarelli, & Moreira, 2013; Granich, et al., 2010; Veras, 2007).

A SIDA foi a primeira “epidemia” mundial no período caracterizado pela predominância dos Direitos Humanos, no entanto, em muitas situações a intervenção tem sido caracterizada por conflitos e discrepâncias de ideias e crenças ao nível ético,

psicossocial e jurídico, em prol de uma comunicação multidisciplinar nas diversas vertentes das ciências (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Passaram trinta e dois anos da sua descoberta, mas ainda não foi possível encontrar uma cura ou inclusive uma vacina eficaz para evitar ou minimizar este vírus. Por outro lado, foram efetuados progressos relevantes no diagnóstico, tratamento e promoção de qualidade de vida. Contudo, a grande questão no presente, remeterá para o aumento dos novos casos e a sua contínua transmissão, após campanhas sucessivas de informação, prevenção e intervenção.

A Doença Crónica no corpo marcado pelo VIH/SIDA

A Psicologia da Saúde é uma área da Psicologia, que procura através da aplicação de teorias e técnicas psicológicas intervir na saúde, doença e nos cuidados de saúde (Marks, Murray, Evans, & Willing, 2000, citado por Carvalho Teixeira, 2007). Tem como objeto de estudo o sujeito psicológico e as suas relações com a saúde, a doença, a família e os técnicos de saúde, incluindo os diferentes grupos sociais e os seus problemas associados à promoção de saúde, e à prevenção das doenças, de acordo com a cultura e representação de saúde/doença (Rüdel & Diefenbach, 2008).

Na perspetiva da doença, está inerente uma dimensão psicoemocional, ao ser vista e sentida como experiência singular de adaptação, em que as mudanças do estado de saúde e de vida podem levar a uma contestação dos valores em que assenta a vida. No processo de doença, há um desafio constante a nível psicoafetivo, havendo apelo aos recursos psíquicos, de mobilização de defesas e estratégias para lidar com todas as dimensões de doença que estão implícitas (Fischer, 1994, citado por Fischer & Traquino, 2006).

Na doença crónica, na qual o VIH se inclui, é essencial considerar o próprio significado da doença em, função da cultura que (des)valoriza, segregando ou protegendo os indivíduos que a vivenciam. Viver com uma doença crónica é uma tentativa contínua de reconstrução da própria vida (Joyce-Moniz & Barros, 2005). Este acontecimento desencadeia um processo de luto existencial com períodos de desvalorização do eu, sentimentos de isolamento social, restrição e de uma sobrecarga para o outro. A doença representa, antes de mais, uma rutura no curso habitual da existência individual levando o sujeito a experienciar condições de vida muitas vezes diferentes e mais ou menos duradouras (Fischer & Traquino, 2006). Por isso, a doença crónica corresponde, em muitos casos, a uma “disrupção biográfica”, ao alterar-se o projeto de vida, em prol da emergência da doença, que de uma forma mais profunda ou intensa, modifica a vida e comporta repercussões (Bury, 1982, citado por Paúl & Fonseca, 2001) inerentes a um processo de luto. O que se analisa em muitos casos, é um sentimento de que o corpo em si deixa de responder ao Eu, como se, a identidade se visse comprometida, por uma ameaça da parte biológica, que corresponde a um corpo doente.

Quando se procura compreender a doença crónica, é importante realçar os medos que poderão estar associados. Numa primeira instância, o medo de morte e de desaparecer, medos estes, que não estando sozinhos, vêm acompanhados de sofrimento, do medo da deterioração, da dependência e em última instância, de um medo de ser abandonado (Oliveira & Bianeck, 2008). A vulnerabilidade decorrente da doença crónica pode inclusive levar a uma modificação da imagem do corpo e da imagem de si próprio (Catalán, 2003). Simultaneamente corresponde a adoção de novos papéis sociais, que remetem para formas de socialização diversas, o que para muitos significa efetivamente uma forma de não socialização, ao cortar com o meio habitual na esfera interpessoal e socioprofissional (Bennett & Murphy, 1999). Após explorar a dimensão

de cronicidade do VIH, é importante reforçar que a transmissão do VIH decorre em consequência dos comportamentos e é neste aspeto que a investigação Psicológica tem procurado compreender as atitudes face ao VIH, bem como a sua mudança e preditores de comportamentos (Ogden, 2004).

Desde sempre, um dos grandes focos na intervenção com o VIH/SIDA foi a promoção de relações sexuais seguras. Este domínio, incidiu sobre os comportamentos sexuais face ao número de infetados por este meio de transmissão, sendo a vivência da sexualidade o tópico do presente artigo. Parece ser importante perceber se o aumento dos conhecimentos acerca de práticas sexuais seguras promove efetivamente uma influência no comportamento e na intenção de prevenir o VIH, sendo esta relação complexa e mediada por vários fatores. A literatura indica que o conhecimento acerca da redução do risco sexual é necessário, mas não suficiente para reduzir o risco individual de adquirir o VIH (Newcomb & Mustanski, 2013). Já em 1988, no estudo de Reinisch, Sanders e Ziemba-Davis, explicava-se que devido à natureza sensível de assuntos relacionados com a sexualidade, os estudos do comportamento sexual humano, assim como a investigação, requeriam uma abordagem específica, com técnicas especiais, capacidades clínicas e experiência prévia. Atualmente, apesar de estudos recentes sugerirem a profilaxia de exposição, como prevenção e tratamento e a subsequente diminuição da transmissão do VIH, a medicação antirretroviral não deverá ser um substituto na promoção de práticas sexuais seguras (Newcomb & Mustanski, 2013).

Efetivamente sabe-se que a probabilidade do aumento da taxa relativa aos comportamentos sexuais de risco parece estar a aumentar. Mas, reforça-se que poderá existir prevalência de crenças erróneas de que os novos tratamentos para o VIH terão como resultado a cura desta doença (Kalichman, et al., 1998, citado por Bennett, 2002) e desta forma, induzir à redução e minimização dos riscos percecionados.

Convém salientar que a sexualidade pode ser vista com diferentes significados face às características socioculturais das diferentes comunidades e segmentos vulneráveis à infeção pelo VIH, existindo múltiplos comportamentos sexuais de risco para o VIH. As expressões de sexualidade ocorrem de várias formas em cada relação, que é única, e varia de acordo com a cultura, contexto, situação, o que poderá influenciar a adesão à recomendação de comportamentos sexuais seguros (Kelly & Kalichman, 1995). Todavia, estudos indicam que, o conhecimento da doença, das normas sociais de utilização do preservativo e a motivação para ser e estar seguro, poderão ter implicações na manutenção do comportamento de risco sexual ao longo do tempo. Contudo, reforçam que o maior preditor para a utilização do preservativo, é a autoeficácia (Newcomb & Mustanski, 2013).

O atual paradigma de prevenção face ao VIH, e para as futuras gerações, deverá ter em conta tecnologia biomédica para o vírus, serviços psicossociais e programas educacionais que atentem aos estados de saúde mental e às vulnerabilidades psicossociais que são alimentadas pelas condições sociofamiliares. De igual forma, será importante acompanhar mudanças a nível macroestrutural para as políticas de saúde que excluem, diminuem ou falham na proteção e no acesso oportuno a serviços de cuidados de saúde adequados, independentemente da orientação sexual (Halkitis, Wolitski, & Millett, 2013).

A Vivência da Sexualidade na Pessoa Infetada

Ao procurar compreender a sexualidade, são vários os conceitos que se cruzam numa construção da identidade sexual e da própria identidade de si. Sendo a sexualidade um dos constituintes daquilo que somos, para algumas pessoas que vivem com o

VIH/SIDA (PVVS), a vivência sexual levanta desde logo algumas questões, que se preconiza mencionar. A sexualidade é um conceito complexo, descrito pela OMS como uma energia que poderá encontrar expressão física, psicológica e social, num desejo de contato e em alguns casos, de ternura e amor (OMS, 2001). A sexualidade desenvolve-se durante toda a vida dos indivíduos e varia de acordo com cada pessoa, com as suas variâncias genéticas, ambientais, socioeconómicas e culturais, bem como variáveis de natureza ética, espiritual e moral. Para Hawkes's (1996), a sexualidade é “ o que cada um faz com a sua genitalidade, ou a identidade escolhida ou atribuída, definida por uma variedade de possíveis significantes, tais como o vestuário, maneirismos, estilo de vida, escolha do objeto erótico, interpretado e iluminado não fisicamente, mas psicologicamente” (citado por Rasera, Vieira, & Japur, 2004). Em síntese, a sexualidade, refere-se a um conjunto de práticas comportamentais, nomeadas como “ sexuais”, que estão organizadas na base de uma matriz de heterossexualidade reprodutiva (Reinisch & Ziemba-Davis, 1988), bissexualidade ou homossexualidade sem caráter reprodutivo.

Todos os seres humanos, do ponto de vista biológico, são seres sexuados. Mas, tal como já acima mencionado, a sexualidade ultrapassa a anatomia em si. Comporta diversas dimensões e múltiplas funções, e por isso, a própria sexualidade e o modo como se vivencia, é dinâmico e diverso nas distintas etapas da vida. A resposta sexual de cada indivíduo é também dependente da identidade e da orientação sexual, da personalidade e crenças, e de relações afetivas que se vão criando e mantendo. Falar de sexualidade é também falar de corpo, não simplesmente de um corpo físico, mas de um corpo que forma a construção da identidade e tal como Lipovetsky (1989) esclareceu, um corpo em que o Homem explora constantemente um equilíbrio entre ser e pertencer.

Efetivamente, a imagem corporal ou expressão da mesma, não é estática e constrói-se num processo constante, através do próprio indivíduo e da inter-relação, formando-se no sistema de socialização. Compreende-se que o indivíduo transforma, de forma consciente e inconsciente, a sua identidade corporal, que representa a condição das suas vivências e memórias marcadas nesse mesmo corpo (Berger & Luckmann, 2004, citado por Soares, 2009).

Ao nível do género, destaca-se o sistema de significados que constitui e que tem na sua base, os papéis sociais do homem e da mulher. É construído pelas pessoas e não inerente às mesmas, ganhando o seu significado nas relações, onde convida a certos comportamentos e cria sujeitos sociais (Rasera, Vieira, & Japur, 2004). Género e sexualidade são dois conceitos independentes, formando-se em sistemas articulados que contribuem para providenciar significado e organizar as relações sociais (Courtney, 2000, citado por Rasera, Vieira, & Japur, 2004).

Constata-se que a sexualidade vivida por homens e mulheres é distinta e que também face ao VIH, apresentará representações diversas. Tome-se como exemplo, os programas de prevenção do VIH/SIDA, onde foi nítido que estes deveriam considerar a especificidade do género. No estudo nacional de Cláudio e Sousa (2003), compreendeu-se que face à relação sexual e ao sexo, o género apresenta diferenças, na qual o feminino demonstrou uma ligação à expressão emocional e o masculino mais orientado para o prazer imediato.

Por outro lado, sabe-se que a rápida propagação do VIH/SIDA através da atividade sexual é um fato importante em questões de género e sexualidade. O género representa um elemento constituinte das relações sociais, pois tal como mencionado, é baseado nas diferenças de perceção e do que é experienciado entre géneros, sendo em última análise, um modo primário de significado de relações de poder. Assim, entre os homens e mulheres, independente da orientação sexual e mesmo da opção sexual, e da vivência do

VIH, a biografia a nível sexual e social é amplamente diversa (Lert, Sitta, Bouhnik, Dray-Spira, & Spire, 2010).

Ao considerar o conceito de género e dos papéis sociais e históricos do homem e da mulher, é interessante refletir que ambos fazem parte de contextos de maior vulnerabilidade a doenças sexualmente transmissíveis como o VIH, em detrimento dos valores que constroem nas suas relações, e das noções de fidelidade, de risco e de proteção. Por isso, reforça-se a ideia que intervenção na prevenção desta doença implica discutir no masculino e no feminino, isto é, o modo como face ao género as relações interpessoais se relacionam com a saúde.

Contextualizando, o pilar base será que a vivência da sexualidade é única e cada indivíduo tem a sua forma de viver, sentir e de agir. Neste sentido, procurou-se aprofundar a sexualidade das PVVS, pois pouca atenção tem sido concedida aqueles que já estão infetados (Kalichman, et al., 1997, citado por Grilo, 2001). Primeiramente, serão referidos alguns estudos recentes face ao VIH, para paralelamente realizar um trabalho de compreensão e reflexão acerca da vivência da sexualidade.

Em primeiro lugar, note-se que nem sempre foi alvo de atenção de estudo na prevenção do VIH, o motivo pelo qual as pessoas procuram contactos sexuais e que estes têm por base diferentes razões e diferentes circunstâncias de relação, que poderão estar associadas, pelo menos em parte, à personalidade e disposições motivacionais (Kelly & Kalichman, 1995). Por outro lado, sabe-se que a ativação sexual está associada a um aumento no comportamento sexual e logo a uma possível decisão de risco sexual (Grov, Golub, Mustanski, & Parsons, 2010).

O estudo de Agnew, VanderDrift, Harvey e Warren (2013) teve como base a evidência que sugere que os homens são geralmente mais influentes que as mulheres, em relação às decisões do comportamento sexual. De fato, a investigação constatou que as intenções do homem são mais preditivas do uso de preservativo, do que as mulheres (Agnew, 1999, citado por Agnew, VanderDrift, Harvey, & Warren, 2013). Assim, os indivíduos que numa relação têm um menor domínio são aqueles com uma maior probabilidade de incorporar as intenções do parceiro, tornando-as as suas próprias intenções. Em termos de perceção de risco, o risco sexual foi associado com uma menor perceção de gravidade de o indivíduo se tornar portador de VIH e de atitudes negativas face à utilização do preservativo (Kok, et al., 2007, citado por Newcomb & Mustanski, 2013). Os estudos consistentemente compreenderam que uma baixa autoeficácia para a redução do risco no VIH está relacionada com o próprio risco sexual (Berg, 2008, citado por Newcomb & Mustanski, 2013). A investigação de uma forma conclusiva aponta que a perceção de risco, nos homens e nas mulheres, influencia a testagem do VIH. Neste prisma, os homens apresentam uma menor confiança na necessidade de realizar o teste, sendo o fator de predição primário o número de parceiros sexuais ao longo da vida (Longmore, Johnson, Manning, & Giordano, 2013).

Apesar da investigação com adultos se centrar no impacto de certas variáveis psicológicas (e.g., normas, atitudes, autoeficácia) no risco de comportamentos sexuais, os traços de personalidade também poderão ter um papel determinante nos comportamentos sexuais (Noar, Zimmerman, Palmgreen, Lustria, & Horosewski, 2006, citado por Charnigo, Noar, Crosby, & Zimmerman, 2013). Especificamente, a procura de sensações e a tomada de decisão são dois traços de personalidade frequentemente associados com atividades de alto risco sexual (Charnigo, Noar, Crosby, & Zimmerman, 2013), mas também a impulsividade, dirigida para o *acting out*, numa procura de anulação de sofrimento psíquico. Tal pode ser compreendido à luz de que as pessoas com dificuldades ou perturbações de personalidade, terão uma menor probabilidade de lidar com as adversidades, e como resultado, um maior risco de desenvolver

perturbações de humor e/ou outros problemas mentais (Catalán, 2003). Acrescenta-se, que alguma evidência empírica sugere que as pessoas com perturbações de personalidade, em particular antissocial e *borderline*, têm um maior risco de adquirirem a infeção pelo VIH (Golding & Perkins, 1996, citado por Catalán, 2003). Efetivamente basta considerar que na base de alguns traços de personalidade, estão certos modos de lidar com as dificuldades, de integração de experiências e de recorrer a estratégias menos adaptativas, marcadas sobretudo por uma impulsividade, no acting out, direcionado para a atividade sexual. Todavia, interessa explorar como será vivenciada a sexualidade nas PVVS, partindo do pressuposto que o diagnóstico implica, em certos casos, mudanças a nível pessoal, profissional, relacional, mas sobretudo a nível intrapsíquico.

As questões centrais e principais preocupações na sexualidade, naqueles que são PVVS, variam em função de características pessoais, mas também do estágio de infeção em que se encontram. Pensa-se que o comportamento sexual é alterado ao longo do processo de doença e a própria imagem corporal é modificada de acordo com as transformações que o indivíduo sofre e que consegue integrar na sua identidade (Safren, O'Cleirigh, Maye, Skeer, & Ellessor, 2013). No entanto, para algumas PVVS, a sexualidade que até então era experienciada como algo natural e integrante, proporcionando prazer, passa a uma responsabilização de ser portador de uma doença transmissível. Assim, poderá induzir uma transformação na perceção da sua sexualidade (Ross & Ryan, 1995, citado por Grilo, 2001). Simultaneamente, refira-se que a aparência física tem um contributo importante ao longo da doença, mas principalmente, na fase sintomática, não só em termos da atratividade sexual, mas da autoestima (Gifford, et al., 1997; Ross & Ryan, 1995, citado por Grilo, 2001).

Surgem então sentimentos ambíguos, face à transmissão do vírus e ao poder continuar uma vida sexualmente ativa. Neste dilema, o comportamento sexual é racionalizado, pois a sua prática passará a envolver, mesmo que recorrendo a métodos seguros, sentimentos de incerteza e risco. Daí que em muitos casos, principalmente no início, assiste-se a estratégias de abstinência sexual ou pela opção de um parceiro também seropositivo para VIH (Schonnesson & Clemente, 1995, citado por Grilo, 2001). Não é só o medo de contaminação que está implícito, é também a pessoa posicionar-se na relação por considerar que não é “digna” de interação sexual íntima. A própria imposição da utilização do preservativo pode ser sentida pelo outro, como um “denunciar” da sua seropositividade. A sexualidade é então geradora de culpa e sentida como castigo, sendo este referenciado aos valores morais e à transgressão de regras. O medo da rejeição é latente e manifesto nas opções acima referidas, mas também na experiência de sentimentos depressivos, o que de forma geral se relaciona com a perda de desejo sexual (Polistchuck, 2010). O medo e a culpabilização podem inclusive ter uma interação complicada com outras crenças e com as práticas sexuais seguras dos indivíduos. Surgem então sentimentos de desvalorização, de desamparo e inclusive de falta de controlo.

Constata-se que são vários os fatores que medeiam e condicionam a alteração do comportamento sexual (Ogden, 2004). Reforça-se, no entanto, a ideia que os comportamentos sexuais seguros, não são equivalentes a sinónimos de uma vida sexual experienciada com satisfação (Grilo, 1998). Efetivamente, em muitos sujeitos, mas principalmente nas mulheres, após o diagnóstico, verifica-se mudanças no desejo sexual, baixa da libido e uma diminuição no próprio funcionamento orgástico. Nos homens, constatarem-se disfunções sexuais, que estavam correlacionadas a baixos níveis de testosterona e a sintomas psicoemocionais (Gayle, Taylor, & Gold, 1998, citado por Polistchuck, 2010).

Ao considerar o atrás mencionado, é possível refletir que a sexualidade hoje é compreendida em relação ao VIH/SIDA, num discurso que para além do risco e dos comportamentos do risco, contempla a história de cada pessoa, os seus valores, escolhas, sociedade e cultura. Uma sexualidade que valoriza a vida e não apenas reduzida à via pela qual a doença pode ser transmitida. A discussão acerca da vida sexual e na intervenção com as PVVS deverá possivelmente ser centrada no projeto de felicidade individual e na vida sexual que fazendo parte, será integrada no mesmo. O trabalho que as PVVS fazem, é o de experienciar lutos e o de procurar reorganizar as suas questões objetivas e subjetivas.

Na clínica, e para muitos autores, o VIH poderá ser observado e sentido como uma ameaça de castração e uma ferida narcísica ao possível desfiguramento do corpo, e inclusive de si próprio, através da morte (Oliveira & Bianeck, 2008). No sujeito que vive com VIH, e que se constitui como humano, o ego e a libido emergem, e a libido como energia que move toda a dinâmica psíquica, confronta-se com o seu próprio corpo, no sentido de este abrir a relação para os demais objetos. É no corpo que o ego irá marcar as suas “aventuras” ao longo do caminho da vida, aventuras estas em muitas histórias justificadas por amor/desamor. Vivido, em muitos casos, como auto-destrutivo ou como culpa e de uma depressividade mascarada. Refira-se por exemplo, os casos em que se mantém relações sexuais sem proteção com ambos os parceiros seropositivos, desvalorizando a reinfeção. Defendido o risco, em prol do enamoramento, o deslumbre, permite o prazer, que proveniente do corpo, parece silenciar as implicações da intimidade sexual e da dor psíquica. Assiste-se a uma necessidade de continuar e até intensificar as relações sexuais, numa perspetiva de negação da doença, de auto-destrutividade e de procura de sensações no corpo. Sente-se que tudo se resume ao contemplar e “consumir” o objeto desejado e que o próprio corpo é essencial para puder vivenciar a subjetividade e a formação desta (Carvalho, 2003). Na clínica, constata-se um agir, dominado por pensamentos e comportamentos sexuais compulsivos, numa troca de relações sexuais anónimas e promíscuas, numa procura constante de algo que nunca se encontra (Pires, 2013). Neste caso, poderá ser pensado em termos de adição sexual, em que o sexo não é sentido como forma de encontro humano, mas antes como uma impossibilidade de intimidade emocional, funcionando como anti-depressivo.

Em última instância, a atitude de escuta, constata um grande sofrimento psíquico da pessoa infetada, ao ser obrigada a confronta-se com os seus próprios limites, as suas impossibilidades, quer corporais, quer psíquicas. São várias as perdas, que não advém da doença simplesmente, mas sim do confronto com os conflitos internos muito anteriores, que são “trazidos” ao de cima num momento de fragilidade, como é o diagnóstico e a vivência da doença em si.

Conclusão

Na evolução da disseminação do VIH/SIDA, tem-se observado que nas formas de transmissão, como nos comportamentos sexuais, existe subjacente um processo complexo e que transcende a sua explicação ligada somente ao nível biológico e social, sendo que neste prisma, a experiência subjetiva assume um lugar preponderante, no sentido de reforçar a visão holística da saúde/doença (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Como considerações finais, espera-se que ao conectar a prevenção do VIH à pesquisa da sexualidade humana, se possa contribuir para um avanço na eficácia dos esforços na prevenção do VIH/SIDA (Kelly & Kalichman, 1995), destacando o papel do género face ao percurso de risco ao VIH (Rasera, Vieira, & Japur, 2004). Em termos de prevenção, relembra-se que um dos seus domínios, que quase exclusivamente recorre à informação/educação, está relacionado com a ambiguidade que é reconhecida na

relação teórica entre o conhecimento e a mudança de comportamentos ou atitudes (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006). Por isso, é preciso que novos estudos analisem e avaliem qualitativamente estes domínios, para que com uma prevenção adaptada aos riscos e às características da população, se verifique uma diminuição dos números.

Em jeito de conclusão, e reforçando a intervenção multidisciplinar com o doente com VIH, salienta-se a ideia que as PVVS possam aderir ao tratamento, cuidar de si, da autoimagem e da autoestima, possam sentir-se mais fortalecidas e assim lidar com o desafio constante que representa o processo de doença crónica, e conquistar a possibilidade de gerir os seus conflitos internos, face à incerteza do mundo exterior.

REFERÊNCIAS

- Agnew, R. C., VanderDrift, E. L., Harvey, M. S., & Warren, T. J. (2013). Whose intentions predict? Power over condom use within heterosexual dyads. *Health Psychology*, 32, 1038-1046. doi: 10.1037/a0030021
- Bacchini, A. M., Alves, L. H., Ceccarelli, P. R., & Moreira, A. G. (2012). Reflexões sobre o inquietante de ser portador de HIV/AIDS. *Tempo Psicanalítico*, 44, 271-284.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde* (2ªed. rev.). Lisboa: Climepsi.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Carvalho Teixeira, J. A. (2007). *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: Climepsi.
- Carvalho, J. A. (2008). *O amor que rouba os sonhos: Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV*. São Paulo; SP: Casa do Psicólogo.
- Carvalho Teixeira, J. A., Cima, M., & Santa Cruz, C. (1999). Psicologia da saúde em Portugal. *Análise Psicológica*, 17, 435-455.
- Charnigo, R., Noar, S., Crosby, C., & Zimmerman, R. (2013). Sensation seeking and impulsivity: Combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults. *Journal of Sex Research*, 50, 80-488. doi: 10.1080/00224499.2011.652264
- Cláudio, V., & Mateus, M. (2000). *Sida: Eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.
- Cláudio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica*, XXI, 159-174.
- Departamento de Doenças Infeciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infeciosas. (2013). *Infeção VIH/SIDA: A situação em Portugal a 31 de dezembro de 2012* (Documento VIH/SIDA, nº 144), Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Fischer, G. N., & Tarquinio, C. (2006). *Os conceitos fundamentais da psicologia da saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Granich, R., Crowley, S., Vitoria, M., Smyth, C., Kahn, J. G., Bennett,... Williams, B. (2010). Highly active antiretroviral treatment as prevention of AIDS transmission: Review of scientific evidence and update. *Current Opinion in AIDS and AIDS*, 5, 298-304. doi: 10.1186/1758.2652.13.1
- Grilo, A. M. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 101-118.
- Grilo, A. M., & Pedro, H. (2005). Contributo da psicologia para as profissões da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 69-89.
- Grodeck, B. (2007). *The first year HIV: An essential guide for the newly diagnosed*. Cambridge: Da Capo Press.

- Grov, C., Golub, S., Mustanski, B., & Parsons, J. (2010). Sexual compulsivity, state affect, and sexual risk behavior in a daily diary study of gay and bisexual men. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 487-497. doi: 10.1037/a0020527
- Halkitis, P., Wolitski, R., & Millett, G. (2013). A holistic approach to addressing HIV infection disparities in gay, bisexual, and other men who have sex with men. *American Psychologist*, 68, 261-273. doi: 10.1037/a0032746
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde*. Porto: ASA.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2013). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Disponível em http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
- Kelly, J., & Kalichman, S. (1995). Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 907-918. doi: 10.1037/0022-006X.63.6.907
- Lert, F., Sitta, R., Bouhnik, A., Dray-Spira, R., & Spire, B. (2010). HIV-positive men who have sex with men: biography, diversity in lifestyles, common experience of living with HIV. *AIDS Care*, 22, 71-80. doi: 10.1080/09540120903012544
- Lipovetsky, G. (1989). *A era do vazio*. Lisboa: Relógio de Água.
- Longmore, M., Johnson, W., Manning, W., & Giordano, P. (2013). HIV testing among heterosexual young adults: The influence of partner's risk behaviors and relationship dynamics. *Journal of Sex Research*, 50, 489-501. doi: 10.1080/00224499.2012.661101
- Mansinho, K., Vieira, A., Antunes, F., Soares, A., & Marques, P. S. (2005). *Manual prático para a pessoa com VIH*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Monteiro, M. J., & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: Um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 125-136.
- Nabais & Graça (2008). Aconselhamento/intervenção psicológica. In F. Antunes (Ed.), *Manual sobre SIDA* (3ª ed.; pp. 345-352). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2013). Cognitive influences on sexual risk and risk appraisals in men who have sex with men. *Health Psychology*. Advance Online publication. doi:10.1037/hea0000010
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, S., & Bianeck, D. (2008). Sida e morte: Algumas reflexões a partir da psicanálise. *Revista AdVerbum*, 3, 138-143.
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pires, S. (2012). Adição sexual e (des)encontro humano. Actas do "XXIV Colóquio - A Psicanálise na Era Global". Comunicação realizada na Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Lisboa.
- Polistchuck, L. (2010). Mudanças na vida sexual após o sorodiagnóstico para o HIV: Uma comparação entre homens e mulheres. Disponível em <http://crt-dst.aids.bvs.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&lang=P&base=CRT-Acervo&nextAction=lnk&exprSearch=INFECOES%20POR%20HIV/PSICOL&indexSearch=MH>
- Rasera, E. F., Vieira, E. M., & Japur, M. (2004). Influence of gender and sexuality on the construction of being HIV positive: As experienced in a support group in Brazil. *Families, Systems, & Health*, 22, 340-351. doi: 10.1037/1091.7527.22.3.340

- Reinisch, J., Sanders, S., & Ziemba-Davis, M. (1988). The study of sexual behavior in relation to the transmission of Human Immunodeficiency Virus. *American Psychologist*, 43, 921-927. doi: 10.1037/0003.066X.43.11.921
- Rüdel, K., & Diefenbach, M. (2008). Current issues and new directions in psychology and health: Culture and health psychology. Why health psychology should care about culture. *Psychology and Health*, 23, 387-390. doi: 10.1080/0887440701864983
- Safren, A., O'Cleirigh, C., Maye, K., Skeer, M., & Ellessor, A. (2013). Project enhance: A randomized controlled trial of an individualized HIV prevention intervention for HIV-infected men who have sex with men conducted in a primary care setting. *Health Psychology*, 32, 171-179. doi: 10.1037/a0028581
- Soares, A. (2009). Síndrome de lipodistrofia em pessoas portadoras de VIH/SIDA: Sexualidade e aspetos psicossociais na qualidade de vida (Tese de Mestrado sem publicação). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Taveira, N., Castanho, M., & Barroso, H. (2008). *Novas perspectivas sobre a infecção VIH/SIDA e doenças relacionadas*. 8th virtual Congress. Sida Net.
- Veras, J. F. (2007). Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: Um desafio para a clínica contemporânea. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 266-275.
- World Health Organization. (2001). Counseling skills training in adolescent sexuality and reproductive health. Disponível em http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/adh_93_3/en/

A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM FUNÇÃO DO GÉNERO.

M. Celeste B. Almeida ¹ e José Luís Pais Ribeiro ²

1- Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2- Universidade do Porto

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define comportamento de saúde como qualquer atividade empreendida por uma pessoa, independentemente do seu estado de saúde, com o propósito de promover, proteger ou manter a sua saúde (WHO, 1998). A mudança no domínio dos comportamentos de saúde é essencial na prevenção da doença, morbilidade prematura e mortalidade (Johnson, Scott-Sheldon, & Carey, 2010).

Um dos comportamentos com importância reconhecida para a saúde, é a atividade física (Baecke, Burema & Frijters, 1982; European Union [EU], 2008; Spittaels et al., 2009). Estudos meta-analíticos comprovam os benefícios da atividade física na promoção da qualidade de vida (Conn, Hafdahl, & Brown, 2009), na redução do risco de doenças cardiovasculares (Li & Siegrist, 2012), na redução do risco de cancro do colon (Wolin, Yan, Colditz, & Lee, 2009) e na prevenção e tratamento da hipertensão arterial (Barengo, Gang, & Tuomilehto, 2007). No entanto, a maioria dos adultos dos países ocidentais não apresenta uma prática regular de atividade física (Kruk, 2007; Spittaels et al., 2009). No entanto, alguns estudos apontam um aumento da atividade física das populações nos últimos anos (Juneau & Potvin, 2010; Stamatakis, Ekelund, & Wareham, 2007).

Há evidência de diferenças da atividade física em função do género (McGrath, O'Malley, & Hendrix, 2011), os homens apresentam maior nível de atividade do que as mulheres (Bauman et al., 2009; Hirsch et al., 2010; Palacios-Ceña, et al. 2011). E um aspeto que se destaca é o tipo de atividade: os homens praticam mais exercício físico em tempo de lazer do que as mulheres (Baecke et al., 1982; Beardsworth et al., 2002) e as mulheres ocupam muito do seu tempo nas tarefas domésticas (Brown, Cerin, & Warner-Smith, 2008; Inter-Parliamentary Union, 1999; Poeschl, 2010).

Embora atividade física e exercício físico sejam usados frequentemente com o mesmo significado, a sua definição é conceptualmente diferente. A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que implica gasto energético, e inclui todas as atividades da vida diária como aquelas realizadas no trabalho, desporto, tarefas domésticas e de lazer (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985).

O exercício físico é um tipo de atividade física mais específico, podendo ser considerado uma subcategoria desta, porque compreende uma atividade planeada e realizada de forma repetitiva e estruturada, da qual se espera uma melhoria da condição física (Caspersen et al., 1985).

 - M. Celeste B. Almeida, Escola Superior de Enfermagem do Porto, email cbastos@esenf.pt

Apesar das evidências dos benefícios da atividade física para a saúde, ainda são raros os exemplos de estratégias nacionais promotoras da atividade física, nos países europeus, o que não se verifica em relação a outros comportamentos de saúde (Daugbjer et al., 2009). Em Portugal a Direção-Geral de Saúde tem lançado vários documentos e promovido a ação concertada entre as instituições de saúde e outros organismos, por exemplo, escolas, autarquias e associações não-governamentais, para fomentar a atividade física.

Nos programas de saúde pública os profissionais enfatizam os benefícios da atividade física para a saúde, no entanto, a educação para a saúde não tem tido um efeito significativo na alteração do comportamento, talvez porque as pessoas já detenham esse conhecimento (Conn, Hafdahl, & Mehr, 2011). Na verdade, frequentemente as pessoas detêm informação acerca dos comportamentos de saúde e manifestam intenção em optar por esses comportamentos, no entanto verifica-se uma distância entre a intenção e os comportamentos atuais, pois esta, em geral, é insuficiente para direcionar o comportamento (Webb & Sheeran, 2006).

Reconhecemos a necessidade de alargar o número de estudos de forma a compreender melhor os diversos comportamentos de saúde e as possíveis implicações para a intervenção (Noar, Chabot, & Zimmerman, 2008), pelo que desenvolvemos este estudo com o objetivo de avaliar e comparar a prática regular de exercício físico e a perceção da competência para essa prática, em função do género.

MÉTODO

Desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo e transversal, seguindo o paradigma quantitativo. Consideramos duas variáveis: a prática de exercício físico e o género.

Participantes

Participaram no estudo 523 adultos da comunidade, que constituem uma amostra de conveniência, com idade média de 37 anos ($DP = 9,1$) a variar entre os 19 e os 64 anos, 59,7% do sexo feminino e 40,3% do sexo masculino.

Material

Para a recolha de dados utilizamos um questionário que incluía os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico (QSD), Escala de Competência percebida (ECP), Questionário de Atividade Física Habitual (QAFH) – versão modificada.

A Escala de Competência percebida (ECP) é a versão da *Perceived Competence Scale - exercising regularly*, adaptada para a população portuguesa (Almeida & Pais Ribeiro, 2010), que procura avaliar o grau de confiança da pessoa para seguir uma prática regular de exercício físico. O instrumento original encontra-se disponível na página da web <http://selfdeterminationtheory.org/>, tendo sido utilizado em diversos estudos que comprovam a sua estabilidade métrica, com valores de *alpha de Cronbach* a variar entre 0,83 e 0,93. Esta escala integra quatro afirmações, sendo que o participante se posiciona numa escala tipo *Likert*, de 1 (nada verdadeira) a 7 (totalmente verdadeira). O resultado da escala é dado pela média obtida nas quatro afirmações. Quanto mais elevado o valor, mais competente se sente a pessoa para seguir o comportamento designado.

O Questionário de Atividade Física Habitual (QAFH) é uma versão modificada e adaptada para a população portuguesa (Almeida, 2013) do *Habitual Physical Activity Questionnaire* (Baecke et al., 1982), frequentemente designado por *Baecke Questionnaire*. Neste estudo apenas utilizamos a subescala AF-desporto, constituída por 4 itens, que procura avaliar a atividade física realizada no desporto ou exercício físico

programado praticado nas horas de lazer. As respostas são pontuadas numa escala de cinco pontos e quanto maior a pontuação de cada item, maior o nível de atividade física.

Procedimento

Formalizamos o pedido para proceder à recolha de dados numa instituição de ensino superior (de enfermagem) do Porto, em dois agrupamento de escolas (do ensino pré-escolar ao ensino secundário) e duas Corporações de Bombeiros, dos Concelhos de Santa Maria da Feira, S. João da Madeira e Oliveira de Azeméis, do distrito de Aveiro, que foi concedida. Contactamos ainda, a título individual, profissionais de saúde e do ensino, com atividade profissional em diferentes instituições, bem como trabalhadores de empresas privadas e do comércio, dessas mesmas localidades. Os participantes são, por isso, residentes em zonas urbanas e rurais, de freguesias do distrito de Aveiro e do Porto.

Os participantes foram abordados pelo investigador ou colaborador, individualmente ou em grupo, solicitando a sua participação no preenchimento do questionário, após a apresentação dos objetivos do estudo e garantida a confidencialidade dos dados. A recolha dos dados ocorreu entre janeiro e julho do ano de 2010. Foram respeitados o código de conduta da Declaração de Helsínquia, assim como, os aspetos éticos subjacentes à prática científica da Universidade do Porto. A análise dos resultados foi efetuada a partir do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 19.0).

RESULTADOS

Os resultados das medidas descritivas relativamente à prática regular de exercício físico e à competência percebida para essa prática são apresentados no quadro 1. Tal como se pode constatar no quadro 1, os participantes apresentam níveis moderados de exercício físico e sentem-se muito competentes para concretizar este comportamento de saúde. Os valores da média para a prática de exercício físico, são moderadamente baixos, tendo em conta os valores máximos indicados, e ligeiramente abaixo do ponto médio da escala. Em relação à competência percebida para a prática regular de exercício físico, os valores da média são médio-elevados, tendo em conta o valor máximo da escala, e acima do ponto médio da escala.

Quadro 1

Medidas descritivas relativas à prática de exercício físico e competência percebida

Variáveis	M	DP	Mín.	Máx.
Exercício físico regular	2,62	0,81	1,00	4,75
Competência percebida para a prática de exercício físico	4,72	1,46	1,00	7,00

Para analisar a relação do género com a prática regular de exercício físico e a competência percebida para essa prática, comparamos as médias entre grupos através do teste *t de Student* (quadro 2).

Quadro 2

Distribuição da média, desvio-padrão e teste t, para as variáveis exercício físico e competência percebida

Variáveis	Género		t	p
	Feminino M (DP) n = 312	Masculino n = 211		
Exercício físico regular	2,45 (0,75)	2,86 (0,83)	5,75	< 0,001
Competência percebida	4,45 (1,46)	5,13 (1,37)	5,30	< 0,001

De acordo com os resultados apresentados no quadro 2, os participantes do género masculino apresentam valores significativamente mais elevados para a prática de exercício ($t(417) = 5,75, p < 0,001$) e para a competência percebida ($t(521) = 5,30, p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A prática regular de exercício físico dos nossos participantes é moderadamente baixa. Este resultado vai ao encontro dos baixos níveis de atividade física referenciados em múltiplos estudos (Kruk, 2007; Sjöström, Hägströmer, Smith, & Bauman, 2006; Spittaels et al., 2009), traduzindo um problema global, para o qual, as entidades com responsabilidades no campo da saúde, nos diferentes países e a nível mundial, procuram soluções. No entanto, há autores que defendem, que embora os níveis de atividade física sejam baixos, tem-se verificado um aumento da atividade física das populações, nos últimos anos, no tempo de lazer (Juneau & Potvin, 2010), nomeadamente um aumento das atividades desportivas (Stamatakis et al., 2007).

No nosso estudo os homens apresentam maior nível de prática regular de exercício físico quando comparados com as mulheres, resultado que pode estar relacionado com os papéis sexuais e o facto de os homens estarem mais livres das tarefas domésticas. Os homens sentem-se ainda mais competentes para a prática regular de exercício físico.

Também no estudo de Baecke et al. (1982) os homens apresentam valores mais elevados para a prática de desporto do que as mulheres, no entanto, num estudo que contemplava três modalidades de exercício físico regular em contexto de ginásio, as mulheres mostraram maior adesão em atividades de exercício realizadas em grupo do que os homens (McGrath et al., 2011). Já numa população de estudantes universitários, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na prática de atividade física em função do género (Dhurup, 2012).

Tal como no nosso estudo, um maior nível de atividade física nos homens foi relatado em 17 de 20 países, a partir de uma investigação internacional sobre a prevalência da atividade física (Bauman et al., 2009) e em outros estudos com pessoas idosas (Hirsch et al., 2010; Palacios-Ceña et al., 2011). No estudo de Beardsworth et al. (2002), apesar de, tanto os homens como as mulheres referirem uma prática regular de exercício, o número de sessões semanais foi significativamente superior para os homens.

O facto de os homens apresentarem maior nível de exercício físico regular pode estar relacionado com o tempo disponível para dedicar a essa atividade. Há evidência de uma distribuição desigual das responsabilidades familiares e distribuição das tarefas domésticas que deixam as mulheres com menos tempo livre (Brown, Cerin, & Warner-Smith, 2008; Poeschl, 2010). Esta falta de tempo e as responsabilidades familiares foram já associadas a uma menor participação das mulheres, por exemplo, na vida política (Inter-Parliamentary Union, 1999).

Acrescenta-se ainda a maior competência que os homens sentem face à prática de exercício físico, o que naturalmente facilita o seu envolvimento e persistência. A perceção de competência, segundo Ryan e Deci (2002), encaminha as pessoas para responderem a desafios em que possam manter e melhorar certas habilidades ou capacidades através das atividades desenvolvidas.

Múltiplas variáveis psicossociais têm sido estudadas para explicar, prever e mudar os comportamentos relacionados com a saúde. No nosso estudo debruçamo-nos sobre a prática regular de exercício físico e a competência percebida para essa prática, em função do género.

Os resultados desta investigação sugerem que os homens apresentam uma prática regular de exercício físico mais elevada que as mulheres, e também se sentem mais competentes para concretizar esse comportamento de saúde.

Existindo hoje evidência, que o desenvolvimento da competência percebida tem resultados extremamente positivos na adoção de comportamentos de saúde, os resultados deste estudo traduzem a necessidade de investimento em programas de prevenção e de saúde pública, promotores da mudança dos hábitos de exercício físico.

Pensamos que o nosso estudo pode inspirar futuras investigações, que procurem aprofundar os conhecimentos sobre os fatores psicossociais associados à prática regular de exercício físico, e assim, potenciar o desenvolvimento de programas de intervenção, promotores de uma maior autorregulação das pessoas face aos comportamentos e estilos de vida saudáveis.

REFERÊNCIAS

- Almeida, M. C. (2013). *Motivação e Comportamentos de Saúde, relação com a Qualidade de Vida, em Adultos da Comunidade*. Tese de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto.
- Almeida, M. C., & Pais Ribeiro, J. L. (2010). Self-determination theory and physical exercise: Adaptation of two questionnaires to Portuguese population. In M. Serra Lemos, T. Gonçalves, L. Veríssimo, H. Meneses (Eds). *Motivation: new directions in mind: book of abstracts - 12th International Conference on Motivation* (pp. 105). Livipsic: Porto.
- Baecke, J. A., Burema, J., & Frijters, J. (1982). A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Barengo, N. C., Gang, H., & Tuomilehto, J. (2007). Physical Activity and Hypertension: Evidence of Cross-Sectional Studies, Cohort Studies and Meta-Analysis. *Current Hypertension Reviews*, 3, 255-263. doi:10.2174/157340207782403890
- Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C. L., Ainsworth, B. E., Sallis, J. F., ... Pratt, M. (2009). The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal Of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 6, 1-11, doi:10.1186/1479-5868-6-21
- Beardsworth, A.D., Bryman, A., Keil, T., Goode, J., Haslam, C., & Sherratt, E. (2002) Women, men and food: the significance of gender for nutritional attitudes and choices. *British Food Journal*, 104, 470-491. DOI 10.1108/00070700210418767
- Brown, P., Cerin, E., & Warner-Smith, P. (2008). Happiness under pressure: how dual-earner parents experience time in Australia. In A. M. Fontaine, & M. Matias (Eds.), *Family, work, and parenting: International perspectives* (pp. 47–64). Porto: Livipsi.
- Caspersen, C., Powell, K., & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., & Mehr, D. R. (2011). Interventions to Increase Physical Activity Among Healthy Adults: Meta-Analysis of Outcomes. *American Journal Of Public Health*, 101, 751-758. doi:10.2105/AJPH.2010.194381
- Conn, V., Hafdahl, A., & Brown, L. (2009). Meta-analysis of quality-of-life outcomes from physical activity interventions. *Nursing Research*, 58, 175-183. doi:10.1097/NNR.0b013e318199b53a

- Daugbjerg, S. B., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Martin-Diener, E., Martin, B., Oja, P., & Bull, F. (2009). Promotion of Physical Activity in the European Region: Content Analysis of 27 National Policy Documents. *Journal Of Physical Activity & Health*, 6, 805-817.
- Dhurup, M. M. (2012). A dimensional analysis of the benefits derived from physical activity participation among university students and variation in terms of gender. *African Journal For Physical, Health Education, Recreation & Dance*, 18, 614-627.
- European Union (2008). *EU Physical Activity Guidelines*. Brussels: EU Working Group Sport and Health. Acedido em 19 de Dezembro, 2011, em http://ec.europa.eu/sport/documents/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_en.pdf
- Hirsch, C. H., Diehr, P., Newman, A. B., Gerrior, S. A., Pratt, C., Lebowitz, M. D., & Jackson, S. A. (2010). Physical Activity and Years of Healthy Life in Older Adults: Results From the Cardiovascular Health Study. *Journal Of Aging & Physical Activity*, 18, 313-334.
- Inter-Parliamentary Union (1999). *Report on participation of women in political life. Reports and Documents n° 35*. Geneva: Inter-Parliamentary Union.
- Johnson, B., Scott-Sheldon, L., & Carey, M. (2010). Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. *American Journal Of Public Health*, 100, 2193-2198. doi:10.2105/AJPH.2008.155200
- Juneau, C., & Potvin, L. (2010). Trends in leisure, transport, and work-related physical activity in Canada 1994-2005. *Preventive Medicine*, 51, 384-386. doi:10.1016/j.ypmed.2010.09.002
- Kruk, J. (2007). Physical activity in the prevention of the most frequent chronic diseases: an analysis of the recent evidence. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 8, 325-338.
- Li, J., & Siegrist, J. (2012). Physical activity and risk of cardiovascular disease-a meta-analysis of prospective cohort studies. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 9, 391-407.
- McGrath, J. A., O'Malley, M., & Hendrix, T. J. (2011). Group exercise mode and health-related quality of life among healthy adults. *Journal Of Advanced Nursing*, 67, 491-500. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05456.x
- Noar, S., Chabot, M., & Zimmerman, R. (2008). Applying health behavior theory to multiple behavior change: considerations and approaches. *Preventive Medicine*, 46, 275-280.
- Palacios-Ceña, D., Alonso-Blanco, C., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Carrasco-Garrido, P., Pileño-Martínez, E., & Fernández-de-Las-Peñas, C. (2011). Time trends in leisure time physical activity and physical fitness in elderly people: 20 year follow-up of the Spanish population national health survey (1987-2006). *BMC Public Health*, 11, 799. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/799>
- Poeschl, G. (2010). Desigualdades na divisão do trabalho familiar, sentimento de justiça e processos de comparação social. *Análise Psicológica*, 28, 29-42.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic-dialectical perspective. In E. L. Deci & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of self-determination research* (pp. 3-33). Rochester, NY USA: University of Rochester Press.
- Sjöström, M., Oja, P., Hägströmer, M., Smith, B. J., & Bauman, A. (2006). Health enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *Journal of Public Health*, 14, 291-300. doi: 10.1007/s10389-006-0031-y

- Spittaels, H., Foster, C., Oppert, J., Rutter, H., Oja, P., Sjöström, M., & De Bourdeaudhuij, I. (2009). Assessment of environmental correlates of physical activity: Development of a European questionnaire. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*, 6, 39. doi:10.1186/1479-5868-6-39
- Stamatakis, E., Ekelund, U., & Wareham, N. (2007). Temporal trends in physical activity in England: the Health Survey for England 1991 to 2004. *Preventive Medicine*, 45, 416-423.
- Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). Does Changing Behavioral Intentions Engender Behavior Change? A Meta-Analysis of the Experimental Evidence. *Psychological Bulletin*, 132, 249-268. doi:10.1037/0033-2909.132.2.249
- Wolin, K. Y., Yan, Y. Y., Colditz, G. A., & Lee, I. M. (2009). Physical activity and colon cancer prevention: a meta-analysis. *British Journal Of Cancer*, 100, 611-616. doi:10.1038/sj.bjc.6604917
- World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 14 de Dezembro, 2011, em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>

INDICADORES DE SATISFAÇÃO COM A VIDA EM HABITANTES DO AMAZONAS

Fabiana Soares Fernandes ✉ 1, Suely A. do Nascimento Mascarenhas 1, José Luís Pais Ribeiro 2, Luís Sérgio Vieira 3 e Antônio Roazzi 4

1- Universidade Federal do Amazonas/Brasil; 2- Universidade do Porto/ Portugal; 3-Universidade do Algarve/ Portugal; 4. Universidade Federal de Pernambuco/Brasil

O presente trabalho apresenta informações sobre o fenômeno psicológico de Satisfação com a Vida, tendo como referencial teórico a Psicologia Positiva e da Saúde. A Satisfação com a Vida faz parte de um conceito mais amplo que é o Bem Estar Subjetivo. A Satisfação com a Vida é entendida, portanto, como uma avaliação global que a pessoa faz da sua própria vida, geralmente a partir da comparação da sua própria vida com a vida de outros ou com um padrão estabelecido por elas mesmas.

O Bem Estar Subjetivo busca compreender a avaliação que as pessoas fazem das suas próprias vidas e é constituído por um componente afetivo e por um componente cognitivo. A dimensão afetiva abarca aspectos emocionais que podem ter um caráter positivo ou negativo (Diener, 1984). A dimensão Cognitiva, por sua vez, aborda aspectos racionais ou intelectuais do indivíduo sobre a satisfação com a própria vida em vários domínios (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

De acordo com Diener e Lucas (2000, in Siqueira & Padovam, 2008), o Bem Estar Subjetivo tem sido concebido como “um conceito que requer auto-avaliação, ou seja, ele só pode ser observado e relatado pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros” (Siqueira & Padovam, 2008, p. 202). Cada pessoa avalia sua própria vida de maneira subjetiva, baseando-se em suas expectativas, seus valores, vivências anteriores e suas emoções. São portanto, concepções subjetivas que acabam por se organizar em pensamentos e sentimentos sobre a expectativa e experiência individual. O Bem Estar Subjetivo pode ser influenciado por variáveis tais como idade, gênero, nível sócioeconômico e cultura e, sendo o aspecto cognitivo do Bem Estar, está diretamente ligado às crenças que se estabelecem para si, para o mundo e para o futuro (Giacomoni, 2002).

A dimensão emocional do conceito de Bem Estar Subjetivo inclui um equilíbrio entre afetos positivos e afetos negativos. O objetivo não é detectar a presença constante, ou exclusivo, desses afetos ao longo da vida, mas de perceber se a maioria das experiências vividas foram mais envolvidas por sentimentos positivos ou por sofrimento (sentimentos negativos). De acordo com Watson e cols (1988 in Siqueira & Padovam, 2008), a afetividade positiva relaciona-se com o fato da pessoa se sentir entusiasmada, ativa, alerta, com energia e sentimentos prazerosos. Já a afetividade negativa trata-se

✉ - Fabiana Soares Fernandes, Rua 29 de Agosto, 786, Centro. Humaitá/Amazonas/Brasil. CEP: 69800-000, Email: fabianafernandes2801@gmail.com

de se engajar sem prazer, com alta de sentimentos negativos como raiva, medo e nervosismo (entre outros).

A dimensão conginitiva do conceito de Bem Estar Subjetivo, a Satisfação com a Vida, que é o foco desse estudo, refere-se ao julgamento que o indivíduo faz sobre a sua vida levando em conta o quão perto ou distante se apercebe de seus ideais de vida. Ou seja, “esse julgamento depende de uma comparação entre as circunstancias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido, remetendo também a uma comparação com o seu meios social, cultural e histórico” (Scorsolini-Comin & Santos, 2010, p. 250). A avaliação da Satisfação com a Vida aborda domínios específicos como a saúde, trabalho, condições de moradia, de estudo, das relações sociais e econômicas (uma vez que essa vai determinar as condições reais de vida desse indivíduo). A Satisfação com a Vida é o componente cognitivo referente aos aspectos racionais e intelectuais (Matta, Bizarro, & Reppold, 2009).

Nesse sentido, relembramos a Teoria Histórico Cultural de Vygotsky (1996), quando este resssalta a importância do contexto sócio cultural para a nossa constituição enquanto sujeitos sociais. Dentre as teses básicas defendidas por Vygotsky está a relação existente entre indivíduo e sociedade. Segundo ele, as características tipicamente humanas não estão presentes desde o nascimento do indivíduo, nem são mero resultado das pressões do meio externo. Resultam de uma interação dialética do homem e seu meio sócio-cultural. Ao mesmo tempo que o ser humano transforma o seu meio para atender suas necessidades básicas, transforma-se a si mesmo. Assim, ao abordar a consciência humana como produto da história social, aponta na direção da necessidade do estudo das mudanças que ocorrem no desenvolvimento mental a partir do contexto social.

Uma vez que o Bem Estar Subjetivo é composto por essas duas dimensões, não podemos mensurar esse constructo apenas com as dimensões de Satisfação com a Vida. Entretanto, Gueda, et al. (2006) destacam a importancia dessas dimensões serem avaliadas separadamente, uma vez que se manifestam com intensidades diferentes, a assim apresentamos nesse estudo apenas a dimensão cognitiva do Bem Estar Subjetivo, ou sejam a Satisfação com a Vida.

O objetivo do estudo é apontar os indicadores de Satisfação com a Vida apresentados por habitantes do Amazonas-Brasil e a relação deste construto com o nível socioeconômico desta população.

MÉTODO

Seguindo os objetivos da pesquisa optou-se por uma metodologia quantitativa, tendo em vista que o objetivo do projeto é fazer um Mapeamento do Contexto Sócio Educativo e Avaliação do Bem Estar Subjetivo, Bem Estar Psicossocial, Resiliencia, Otimismo e Esperança de povos e comunidades tradicionais do Amazonas/Brasil.

Participantes

Participaram 538 sujeitos, que são habitantes do estado do Amazonas/Brasil, incluindo integrantes de comunidades e povos tradicionais. Quanto ao sexo, 59,7 % são do sexo feminino e 40,3 % do sexo masculino. No que se refere à faixa etária, 42,8 % são jovens adultos (Jovens Adultos são aqueles com idade até 19 anos, Adultos entre 20 e 59 anos e Terceira Idade a partir dos 60 anos); 56 % são adultos e 1,2 % estão incluídos na terceira idade. No que diz respeito à etnia, 31,8% se declararam pardos;

28,2 % se brancos; 18,5 % indígenas, 11,7 % negros, 7,2 % caboclos¹ e 2,6 % não especificaram a etnia. Tais resultados condizem com a diversidade do povo brasileiro que sofreu a miscigenação com diversos povos com os indígenas que aqui viviam.

No que diz respeito ao nível socioeconômico os resultados também são significativos, tendo em vista 30,6 % dos participantes declararam não possuir renda; 25,8% pertencem à classe baixa²; 25,0 % são da classe média baixa; 16,6 % são de classe média; 2,0 % são de classe média alta. Evidenciando não apenas uma significativa diferença na condição socioeconômica dos integrantes da amostra, mas também a abrangência da pesquisa.

Material

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário macrosistêmico e a Escala SWLS (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991), composta por 5 itens, respondidos em uma escala tipo likert de 5 pontos.

Procedimentos

Os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória e participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS

Da Análise de Variância Univariada - ANOVA realizada registraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Nível de Sócio Econômico e a Satisfação com a Vida, embora com pequena dimensão, mas com potencia de teste excelente ($F(4,25) = 6,46$; $p < 0,001$; $\eta^2 p = 0,04$; $\pi = 0,99$). De acordo com o Post Hoc Tukey HSD, a maior diferença encontra-se entre os participantes Sem Renda-SR ($M = 2,90$; $DP = 1,08$) a Classe Média Baixa-CMB ($M = 3,32$; $DP = 1,04$) e a Classe Média Média-CMM ($M = 3,49$; $DP = 0,80$). Não foram encontradas diferenças em relação ao sexo, realidade também encontrada por Resende et al (2008).

DISCUSSÃO

As experiências que vivenciamos ao longo de nossas vidas vão nos servindo de alicerce para a construção de nossas percepções sobre a vida de uma maneira geral. No início a preocupação é com o bem estar físico como comer e dormir, ou como defendeu Maslow, primeiramente satisfazemos nossas necessidades de sobrevivência. Ele acreditava que as pessoas precisam ter suas necessidades biológicas satisfeitas, precisam se sentir seguras, amadas e ter uma boa opinião de si mesmas para experienciar crescimento pessoal e atingir a auto-realização. A medida que vamos nos desenvolvendo e interagindo com o contexto sócio econômico cultural que nos rodeia, vamos ampliando essas necessidades que outrora eram apenas de sobrevivência. Assim,

¹ O caboclo é a mistura do índio com o branco que resultou na maioria da população da região Norte do Brasil e de alguns estados do Nordeste. Na contagem Populacional do Brasil os caboclos também são considerados “pardos”, daí existir uma dificuldade em quantificar esse grupo.

² A codificação do nível sócio econômico baseou-se no Relatório da *Comissão para Definição da Classe Média no Brasil*, se não que a Classe Baixa recebe até um salário mínimo-SM (R\$ 678,00 em 2013), a Classe Média Baixa de 1 a 2 SM, a Classe Média Média de 2 a 3 SM e a Classe Média Alta entre 4 e 6 SM aproximadamente.

vamos construindo nossa visão do que é a vida e de como desejamos vivê-la. Criamos desejos e ambições à medida que vamos conhecendo o mundo, o novo.

O Bem Estar Subjetivo é a avaliação que o indivíduo faz de sua situação atual no mundo em comparação com outros. O que podemos observar em nossos participantes é que a grande maioria (72,5 %) não está satisfeita com a vida que tem. E por mais que esse constructo seja subjetivo, em nossa amostra, foi consideravelmente influenciada pelo NSE dos participantes. Ou seja, aqueles que apresentam menores condições financeiras de sobrevivência são aqueles que estão mais insatisfeitos com suas vidas. Essa relação já havia sido observada por Diener e Diener (1995 in Snyder & Shane, 2009) entre estudantes universitários.

Não é difícil entender os dados encontrados. Parece obvio que as pessoas que não possuem renda fixa, ou seja dependem de auxílios do governo ou da venda de um eventual produto excedente de suas lavouras de subsistência, e tem permeada sua existência por momentos de extrema dificuldade econômica, tenham uma visão mais negativa de suas vidas. Apenas para citar algumas das dificuldades diárias da população investigada, 55 % da amostra dependem da água que tiram dos rios, de poços ou da chuva para sobreviver. Apenas 45 % são atendidas com água encanada fornecida pela prefeitura. E no que diz respeito à energia elétrica, apenas 54 % tem fornecimento durante as 24 horas do dia.

A população investigada nessa amostra vive em condições precárias, onde suas necessidades básicas por vezes não são atendidas, de forma que era de se esperar que os índices de Satisfação com a Vida fossem baixos. A melhora na qualidade de vida dessa população, permitindo a elas terem seus direitos de cidadãos atendidos, como acesso a educação, saúde e condições dignas de vida certamente elevará a percepção e satisfação com a vida desses brasileiros “abandonados” na Amazônia brasileira.

Agradecimentos

Investigação realizada ao abrigo do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq, uma iniciativa do Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq

REFERÊNCIAS

- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:org/10.1037//0033-2909.95.3.542
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi:org/10.1037/0033-2909.125.2.276
- Giacomoni, C. H. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil, conceito de felicidade e construção de instrumentos para validação*. Tese de Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS).
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Trócoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação de bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308. doi:org/10.1590/S0102-79722006000200017
- Matta, A., Bizarro, L., & Reppold, C. T. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico-USF*, 14, 71-81. doi:org/10.1590/S1413-82712009000100008
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the

- Satisfaction With Life Scale: Evidence for cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161. doi:org/10.1207/s15327752jpa5701_17
- Resende, M. C., Silva, R. M., Marques, T. P., & Abreu, M. V. (2008). Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *PSICO, PUCRS*, 39, 232-239.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). Satisfação com a vida e satisfação diádica: correlações entre construtos de bem-estar. *Psico-USF*, 15, 249-256. doi:org/10.1590/S1413-82712010000200012
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209. doi:org/10.1590/S0102-37722008000200010
- Snyder, C. R., Shane, J. Lopez. (2009). *Psicologia Positiva. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Tradução: Roberto C. Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Vygotsky, L. S. (1996). *A formação social da mente*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

OBESIDADE: SEMELHANÇAS NO DISCURSO DE MÉDICOS DE FAMÍLIA, NUTRICIONISTAS E ENFERMEIROS

F. V. Teixeira[✉] 1, J. L. Pais-Ribeiro¹ e A. Maia²

1-Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto; 2- Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Perante o aumento do número de obesos, tem-se assistido, recentemente, ao desenvolvimento de medidas de intervenção no sentido de travar esta epidemia (Ogden, 2011). Estas, entre outros aspetos, têm dado ênfase aos cuidados de saúde primários e ao papel que os profissionais de saúde integrados neste contexto podem exercer enquanto agentes primordiais na promoção da mudança comportamental e na adoção de um estilo de vida saudável (Miguel & Sá, 2010; Trindade & Teixeira, 1998).

No entanto, estudos recentes sugerem que médicos de clínica geral e familiar (MCGF), enfermeiros e nutricionistas não parecem estar a empenhar-se devidamente nesta tarefa: apesar de considerarem a obesidade uma doença grave cuja intervenção faz parte das suas responsabilidades, apresentam um conjunto de crenças e atitudes que parecem estar a influenciar negativamente seu o comportamento e as suas práticas na abordagem desta doença (Evans, 1999). No que concerne aos MCGF, a literatura é unânime: verifica-se a existência de conhecimentos e de competências inadequados face à obesidade e de crenças ambivalentes e de atitudes negativas face aos obesos, que são descritos como desmotivados, preguiçosos e com ausência de auto-controlo e de responsabilidade face ao tratamento. Sentem-se frustrados com os resultados obtidos, percecionando negativamente o seu papel no tratamento da obesidade. (Sonntag, Brink, Renneberg, Braun, & Heintze, 2012; Teixeira, Pais-Ribeiro, & Maia, 2012). Relativamente aos nutricionistas e enfermeiros, a literatura é escassa e incoerente. Todavia, estes parecem manifestar igualmente crenças e atitudes negativas face aos obesos (Campbell & Crawford, 2000; Hoppé & Ogden, 1997), não existindo ainda evidência clara quanto à forma como este pessimismo influencia as práticas destes profissionais.

No âmbito desta temática, existem, pelo menos, duas limitações comumente identificadas, nomeadamente, a escassez de estudos comparativos entre diferentes grupos de profissionais de saúde e a primazia de estudos quantitativos considerados redutores quanto à compreensão da visão dos PS face à obesidade e à forma como percecionam o seu papel no tratamento desta doença (Budd, Mariotti, Graff, & Falkenstein, 2011; Jallinoja et al., 2007). Em Portugal, não existem registos de estudos neste âmbito e perante o aumento do número de obesos torna-se peremptório perceber como é que os PS estão a lidar com este fenómeno. Com o intuito de responder a algumas destas limitações, desenvolvemos a presente investigação qualitativa

[✉] - Filipa Valente Teixeira, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal. E-mail: filipa.v.teixeira@gmail.com

pretendendo aceder às crenças, atitudes e práticas de MCGF, nutricionistas e enfermeiros relativamente à obesidade e aos obesos, em contexto de cuidados de saúde primários.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 44 profissionais de saúde, da zona norte do país, nomeadamente 16 MCGF (sete homens e nove mulheres), 12 enfermeiros (três homens e nove mulheres) e 16 nutricionistas (dois homens e 14 mulheres), com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos de idade ($M= 41,13$; $DP= 9,60$) e com uma média de 16,38 ($DP= 7,61$) anos de experiência profissional. Estes possuíam um índice de massa corporal (IMC) médio de $24,12\text{kg/m}^2$ ($DP= 1,48$), sendo que 28 profissionais apresentavam peso normal, 13 tinham excesso de peso e três tinham obesidade grau I. Para fazerem parte da amostra os participantes tinham de possuir especialidade em medicina geral e familiar e licenciatura em nutrição e enfermagem; trabalhar numa unidade de cuidados de saúde primários pública (centro de saúde, unidade de saúde familiar, etc.); e ter, pelo menos, dois anos de experiência profissional.

Procedimentos

Tendo por base os pressupostos do método de recolha e análise de dados escolhido, nomeadamente a *análise temática* (Boyatzis, 1998), constituiu-se uma amostragem teórica, ou seja, os participantes foram selecionados por apresentarem características relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo. Estes foram contactados através de informantes-chave, por via telefónica e/ou mediante autorização e colaboração dos coordenadores das instituições de saúde, tendo-se, posteriormente, recorrido à estratégia de *bola de neve* ou seleção de participantes em cadeia, para se aceder a mais instituições e profissionais de saúde.

A entrevista semi-estruturada surgiu como o instrumento mais adequado para a execução da recolha dos dados. Neste sentido, desenvolvemos um guião provisório e igual para os três grupos de profissionais, que continha nove questões de carácter aberto (ex.: o que é que pensa acerca da obesidade? como descreve os obesos? qual considera ser o seu papel na abordagem desta doença?). Estas foram sendo reformuladas à medida que a recolha e a análise de dados foram ocorrendo, já que, de acordo com os pressupostos da *análise temática*, estes procedimentos devem ocorrer simultaneamente, com o intuito de se explorar mais aprofundadamente temas emergentes e importantes para a investigação.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos participantes, mediante a obtenção do consentimento informado e autorização para gravação áudio das entrevistas. Estas foram transcritas *verbatim* pelo mesmo investigador e analisadas segundo a ordem com que foram realizadas, com recurso ao *software* NVivo 10. De acordo com os pressupostos da *análise temática*, um dos investigadores iniciou a análise com a decomposição do conteúdo das primeiras entrevistas, desenvolvendo um sistema de codificação, posteriormente, discutido e refinado com os restantes membros da equipa. Este serviu de base para as análises seguintes, tendo sido reformulado sempre que as análises e a emergência de novos temas assim o impunham. A codificação e agrupamento dos dados e a identificação de temas e de relações entre estes foi evoluindo até se atingir a saturação teórica dos dados, isto é, até novos dados deixarem de surgir, assim como diferenças de interpretação foram sendo discutidas pela equipa e registadas em memorandos.

RESULTADOS

Semelhanças temáticas no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

Todos os profissionais encaram a *obesidade como um problema de saúde pública*, demonstrando-se preocupados com as consequências que esta acarreta em termos de morbidades físicas, visto aumentarem a gravidade do problema e representarem um aumento de custos com a saúde. Contudo, consideram que a população geral tende a desvalorizar este problema, não tendo noção da sua dimensão e das suas implicações.

Em termos de *características dos obesos*, estes são descritos como fortemente desmotivados e passivos quanto à realização de mudanças comportamentais; não assumem a responsabilidade do tratamento, o que se reflete numa falta de adesão que tendem a desculpar com fatores externos (ex.: "... *tive um aniversário... é o trabalho... não tenho tempo...*"). Apresentam problemas de auto-estima, ansiedade e depressão que se traduzem em episódios de ingestão alimentar emocional e compulsiva. São doentes que procuram um "milagre" ou algo que os faça perder peso sem realizarem sacrifícios e que não compreendem a problemática e gravidade da obesidade, desvalorizando-a. Todas estas características opõem-se àquilo que os profissionais descrevem como sendo *as exigências do tratamento*, nomeadamente, possuir elevada motivação, força de vontade e espírito de sacrifício, que se traduz na adoção de um papel ativo por parte do doente na adoção de um estilo de vida saudável.

Diferenças temáticas no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

Perceção do processo de mudança: Os MCGF possuem baixas expectativas de sucesso, não acreditando na capacidade do obeso em efetuar mudanças positivas no seu estilo de vida. Persistem até certo ponto mas os sucessivos fracassos dos obesos levam-nos a sentirem-se frustrados e impotentes e a considerarem a intervenção uma "perda de tempo", o que se traduz numa falta de investimento no doente. Contrariamente, os enfermeiros e os nutricionistas, apesar de também se sentirem frustrados com os insucessos dos obesos, acreditam no sucesso e consideram que a *persistência* das suas intervenções conduz a resultados positivos. Estes dois grupos concebem a mudança como um *contínuum* em que o obeso, que no início do processo se encontra num pólo negativo e portanto, está desmotivado e não adere, consegue evoluir favoravelmente no sentido mais positivo, motivando-se e realizando as alterações comportamentais necessárias para a perda de peso e a adoção de um estilo de vida saudável. No entanto, este processo evolutivo é descrito como uma *luta* constante com o doente, na qual é repetidamente necessário negociar expectativas, objetivos e alterações a realizar, por forma a manter ou aumentar a motivação do obeso.

Papel percebido: Apesar de todos os profissionais colocarem a responsabilidade do tratamento no obeso "*Eu não posso fazer as mudanças por ele! Ele é que tem que se esforçar por modificar os seus hábitos*", os MCGF tendem a adotar um papel passivo, perspetivando-se como orientadores externos no processo de mudança comportamental, sentindo, portanto, que nada podem fazer perante a não adesão do doente. Os nutricionistas e os enfermeiros tendem a assumir um papel ativo ao acreditarem no sucesso das suas intervenções, percecionando-se como educadores e agentes capazes de potenciar e promover alterações positivas no estilo de vida dos obesos, possuindo um papel decisivo na evolução positiva no *contínuum* da mudança descrito anteriormente. Esta discrepância de papéis parece contribuir para dificuldades de articulação e comunicação com os médicos de família, os quais, na perspetiva dos nutricionistas e enfermeiros não estão devidamente sensibilizados para a problemática da obesidade.

No Quadro 1 podem ser encontrados exertos das entrevistas exemplificando os resultados descritos.

Quadro 1

Semelhanças e diferenças no discurso dos três grupos de profissionais de saúde

		MCGF	Enfermeiros	Nutricionistas
Semelhanças		"... é uma doença que está a aumentar cada vez mais..." "... na grande maioria, não ligam nenhuma, não querem saber, arranjam mil e uma desculpas para não mudar... porque eles não querem! Custa muito! é muito difícil! E eles não querem fazer sacrifícios" "... não dá! Sem força de vontade, sem sacrifício não se consegue nada!"		
Diferenças	Perceção do processo de mudança	"...às vezes acho que é uma perda de tempo. Eu tento, tento mas na consulta seguinte a pessoa aparece na mesma ou pior!" (MCGF 3) "... sinto-me completamente frustrada. Nós queremos ver a mudança, tentamos e nada! Eles [os obesos] não percebem a importância de perder peso..." (MCGF 11) "Temos que!! Nós temos que continuar a alertar... mas não acho que eles mudem." (MCGF 7)	"... às vezes é uma frustração muito grande, mas não podemos desistir, não é? Temos que continuar a tentar, e tentar e tentar". (ENF 1) "Não são todos, mas na maioria chegam muito desmotivados. Nós é que lá vamos insistindo, e explicando, e mostrando imagens - eu até uso muito o computador e eles aos poucos já vão mudando." (ENF 7)	"Não é fácil, mas com muita paciência e dedicação conseguimos que eles mudem. Mas é uma luta! Parece que estamos num ringue! É uma batalha enorme, mas que acaba por compensar." (NUT 2) "É uma batalha enorme!!! Eles estão sempre com desculpas, com isto ou aquilo! Temos sempre que ter resposta para dar a volta à pessoa. E se não der de uma maneira, tentamos de outra! Pode demorar mais tempo, mas conseguimos." (NUT 6)
	Papel percebido	"Não posso fazer mais!" (MCGF 11) "Eu chamo sempre a pessoa à atenção... mas quem tem que mudar é ela! Eu não posso ir para casa e fazer as coisas por ela!" (MCGF 3)	"O nosso papel é o de educar, primeiro que tudo e depois motivar" (ENF 4)	"Nós somos meros ajudantes. É certo que as pessoas é que têm que fazer as mudanças, mas nós somos a muleta delas. Estamos aqui para orientar e motivar." (NUT 10)

Nota: MCGF = Médico de Clínica Geral e Familiar; ENF= enfermeiro; NUT= nutricionista

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo são coerentes com a literatura existente quanto à presença de crenças e atitudes negativas dos MCGF, enfermeiros e nutricionistas face à obesidade e aos obesos. No entanto, verificam-se diferenças na forma como estas influenciam as suas práticas e percecionam o seu papel no tratamento desta doença.

Os MCGF parecem enfrentar um conflito ético: se por um lado, os fracassos repetidos e a falta de adesão dos obesos, percebida como uma barreira fora do controlo destes técnicos, parecem contribuir para o desenvolvimento de baixas expectativas de sucesso e de eficácia, sentimentos de frustração e de impotência, que conduzem a uma vontade de desistir, pelo outro, a percepção da intervenção na obesidade como parte integrante das suas funções, compelo-os a atuar, mesmo que seja "uma perda de tempo". A *resignação* surge como uma forma de resolução deste conflito, na qual estes profissionais fornecem informações gerais acerca da perda de peso, mas não investem os devidos esforços para incentivarem os doentes a efeturarem mudanças no seu estilo de vida. Para alguns autores, esta postura dos médicos de família deriva quer da ausência de conhecimentos e competências adequadas para lidar com a problemática da obesidade, quer do predomínio do modelo biomédico, o qual não se coaduna com a intervenção em doenças de cariz comportamental, como é o caso da obesidade, assim como, com a adoção de uma prática mais curativa do que preventiva (Ogden, 2011; Teixeira et al., 2012). Esta postura representa, igualmente, uma perda de oportunidade de intervenção já que estudos demonstram que os obesos valorizam mais e tendem a sentir-se mais motivados para alterar os seus hábitos quando aconselhados pelo seu médico de família do que por outro profissional de saúde (Galuska, 1999; Tan, Zwar, Dennis, & Vagholkar, 2006).

Relativamente aos enfermeiros e nutricionistas, apesar de também descreverem negativamente os obesos, de colocarem a ênfase do tratamento nestes doentes e de considerarem a sua falta de motivação e adesão como umas das principais barreiras à intervenção nesta problemática, persistem e manifestam crenças positivas quanto ao alcance de resultados eficazes, o que se traduz na adoção de um papel ativo e de compromisso no apoio à modificação comportamental. A literatura indica que esta contradição advém do facto destes acreditarem fortemente nas suas competências, principalmente os nutricionistas que se consideram líderes neste domínio (Campbell & Crawford, 2000), não estabelecendo uma associação entre aquilo que fazem e os resultados obtidos, uma vez que estes derivam do comportamento dos obesos (Hoppé & Ogden, 1997). Todavia, os resultados relativos aos nutricionistas não são coerentes com a literatura, salientando a necessidade de se explorar mais aprofundadamente este grupo.

Em suma, as diferenças das crenças entre MCGF, enfermeiros e nutricionistas parecem explicar as diferenças encontradas entre estes grupos. Para uma maior eficácia no tratamento da obesidade torna-se peremptório quer o aumento de formação neste domínio, para que alerte os PS para o impacto que as suas crenças poderão exercer na prática, quer a implementação de uma abordagem multidisciplinar nos cuidados de saúde primários que promova a troca de conhecimentos entre PS e a melhoria da comunicação entre os mesmos.

REFERÊNCIAS

- Boyatzis, R. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development. Transforming Qualitative Information Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Budd, G., Mariotti, M., Graff, D., & Falkenstein, K. (2011). Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Applied nursing research*, 24, 127–37. doi:10.1016/j.apnr.2009.05.001
- Campbell, K., & Crawford, D. (2000). Management of obesity: attitudes and practices of Australian dietitians. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 24, 701–10. doi: 10.1038/sj.ijo.0801226
- Evans, E. (1999). Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *International journal of obesity. Supplement*, 23(suppl 4), S3–S6.
- Galuska, D. (1999). Are Health Care Professionals Advising Obese Patients to Lose Weight? *The Journal of the American Medical Association*, 282, 1576–1578. doi:10.1001/jama.282.16.1576
- Hoppé, R., & Ogden, J. (1997). Practice nurses' beliefs about obesity and weight related interventions in primary care. *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 21, 141–6.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A., & Patja, K. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian journal of primary health care*, 25, 244–249. doi:10.1080/02813430701691778
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
- Ogden, J. (2011). *The Psychology of Eating: From Healthy to Disordered Behavior*. Oxford: Blackwell.
- Sonntag, U., Brink, A., Renneberg, B., Braun, V., & Heintze, C. (2012). GPs' attitudes, objectives and barriers in counselling for obesity--a qualitative study. *The European journal of general practice*, 18, 9–14. doi:10.3109/13814788.2011.627424
- Tan, D., Zwar, N. A., Dennis, S. M., & Vagholkar, S. (2006). Weight management in general practice: what do patients want? *The Medical journal of Australia*, 185, 73–75.
- Teixeira, F., Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, Â. (2012). Beliefs and practices of healthcare providers regarding obesity: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*, 58, 254–262.
- Trindade, I., & Teixeira, C. (1998). O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2, 217–229.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REFLEXÕES SOBRE UM CASO CLÍNICO À LUZ DA PSICANÁLISE

Ivonise Fernandes da Motta 1 e Claudio Bastidas 2

1-Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo – Brasil; 2- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Universidade Presbiteriana Mackenzie São Paulo – Brasil

A depressão pós-parto é um transtorno que atinge inúmeras pessoas no mundo e exige o aprofundamento de estudos e pesquisas sobre diferentes aspectos, tais como as suas origens, sua psicodinâmica e seu tratamento. Diferentes fatores estão presentes na etiologia da depressão pós-parto, tais como os de ordem biológica (alterações hormonais e carga genética) e social (dificuldades da gestante em lidar com o afastamento do trabalho, em razão do nascimento do bebê, por exemplo).

Em termos gerais, o objetivo desse texto é refletir sobre um caso clínico de depressão pós-parto, levando em conta a teoria psicanalítica, notadamente as contribuições advindas da obra de Winnicott. O texto tem por objetivos específicos investigar os conceitos sobre a saúde e a depressão, à luz da teoria da psicanálise, bem como apresentar a compreensão psicanalítica da depressão e, além disso, refletir sobre processos inconscientes primitivos presentes na relação entre analista e paciente num caso clínico de depressão pós-parto.

Paradoxo saúde/doença

Diferentemente da psiquiatria do final do século XIX e início do século XX, que separava de modo rígido a doença mental da saúde, Freud inovou ao enxergar características patológicas no indivíduo considerado normal. O título de um dos seus trabalhos – *Psicopatologia da vida cotidiana* (1901/1980) – ilustra bem a forma como o criador da psicanálise identificava aspectos que guardavam alguma semelhança com o patológico, motivadas por desejos e pensamentos dos quais o cidadão não tinha consciência, em pequenas rupturas no dia-a-dia da vida “normal”, como esquecimentos, troca de nomes e de palavras.

Freud (1905/1980) percebeu grandes proximidades entre as perversões e a vida sexual neurótica. Componentes perversos existiriam no mundo mental do neurótico e estariam apenas reprimidos em seu inconsciente. Tal maneira de entender a perversão era oposta ao saber psiquiátrico da época, que distinguia a patologia perversa da normalidade e não pressupunha intersecções entre esses dois estados.

Motta (2006), ao tratar do conceito de saúde mental na obra de Winnicott, afirma que a saúde está intimamente relacionada com o desenvolvimento e com grau de

 - Ivonise Fernandes da Motta – Rua Guarará, 529 Cj 62, São Paulo- Brasil- CP 01425-001 E-mail: ivonise@usp.br e lapecri@usp.br e ivonise1814@terra.com.br

maturidade esperado para o período que se encontra o indivíduo. Estariam distantes da saúde as condições de atraso ou de processos prematuros do desenvolvimento.

A teoria winnicottiana entende que a condição de saúde mental do bebê não existe isolada da saúde mental da mãe. A mãe é parte do ambiente que pode facilitar o desenvolvimento (ou não), de acordo com as características do *self* da dupla mãe-bebê e das suas necessidades. Ao longo do desenvolvimento, o círculo inicial formado pela dupla mãe-bebê se expande. O bebê ultrapassa a dependência absoluta da mãe e ingressa num tipo de dependência relativa. Mesmo ao atingir a maturidade, Winnicott afirma que a pessoa normal não é vista como absolutamente livre de dificuldades psicológicas eventuais: “Há possibilidade de recuos [no desenvolvimento normal]. Mesmo um indivíduo normal pode se defrontar com certa tensão social além do que ele poderia suportar (...)” (Winnicott, 1963/1990, p. 87).

Motta (2006) ressalta que a saúde não implica na ausência de sintomas e aponta para o paradoxo de que a saúde pode estar contida num processo patológico: “O aparecimento de um sintoma poderia ser enfocado também por esse ângulo, como uma tentativa de buscar a saúde. Isso só será possível se a mensagem emitida pelo sintoma for decifrada, à luz da compreensão dos processos mentais inconscientes.” (Motta, 2006, p. 26).

A depressão na teoria de Winnicott

Em linhas gerais, podemos afirmar que a teoria de Winnicott sobre a depressão acompanha a sua mesma concepção paradoxal do binômio saúde/doença. Falhas ambientais e do desenvolvimento maturacional estariam relacionadas com processos depressivos. Por outro lado, a depressão toma parte também do desenvolvimento saudável.

Winnicott (1959/1990) comenta que Melanie Klein transformou a classificação psiquiátrica da época ao identificar dois tipos diferentes de depressão: um deles, que contém aspectos esquizoides (como a despersonalização, por exemplo) e é fruto de falhas no desenvolvimento emocional primitivo e outro tipo, que representa uma conquista no processo de amadurecimento (notadamente, da capacidade de sentir culpa).

Segundo Winnicott, a repressão intensa da destrutividade e da agressividade resultaria na melancolia, que “(...) se manifesta como doença” (Winnicott, 1958/1993, p. 88). Porém, nesse mesmo trabalho do psicanalista inglês, longe da patologização estanque e rígida, a depressão da criança – que não pode ser entendida como um fenômeno isolado da família e está intimamente relacionada com os pais – surge como parte do contínuo processo de elaboração de dificuldades dos pais:

Não há um limite preciso entre o desespero de uma mãe ou um pai com seu filho e as dúvidas gerais que eles têm sobre a vida e o propósito final desta. Na prática, o que se vê é uma constante oscilação entre a preocupação e o desespero, e, às vezes, uma pequena ajuda de um amigo ou de um médico pode ser suficiente para afastar por certo tempo o desespero da vida do indivíduo. (Winnicott, 1958/1993, p. 76)

Durante o decorrer do desenvolvimento, é preciso integrar elementos agressivos e destrutivos, bem como conter no mundo mental, sem fazer uso da projeção, a culpa. Assim, a saúde pode contemplar a depressão:

(...) quando chamo a atenção para a depressão, não me refiro apenas a um severo distúrbio psiquiátrico, mas também a um fenômeno quase universal entre indivíduos sadios, e que está ligado de perto à capacidade que estes têm, quando não estão deprimidos, de agir construtivamente. (Winnicott, 1958/1993, p. 77)

Nesse caso, a depressão deve ser aceita e, alerta Winnicott (1958/1993), deve-se ter cuidado com os anseios apressados de “curá-la”. Ele observa que, não raro, a depressão

tende a curar a si mesma – processo durante o qual uma pequena ajuda do mundo externo pode também contribuir favoravelmente.

A questão dos componentes depressivos contidos no desenvolvimento normal é retomada por Winnicott (1963/1995) ao tratar da vida do adolescente. De certa forma, o adolescente retoma a luta do bebê para superar o isolamento narcísico e estabelecer relações reais com o mundo externo:

O adolescente é essencialmente um isolado. É a partir de uma posição de isolamento que ele se lança no que pode resultar em relações. São as relações individuais, uma por uma, que levam finalmente à socialização. O adolescente está repetindo uma fase essencial da infância, pois o bebê também é um isolado, pelo menos até que seja capaz de estabelecer a capacidade de relacionamento com objetos que estão fora de seu controle mágico. O bebê torna-se apto a reconhecer e a acolher com satisfação os objetos que não são parte integrante dele, mas isso é uma grande façanha. O adolescente repete essa batalha. (Winnicott, 1963/1995, pp. 152-153)

A pessoa que conquista a depressão e a supera – ao final de um processo do qual a depressão é um componente da saúde, portanto – se “liberta” do que Winnicott (1963/1997) denominou de “impurezas do humor deprimido”. Essas “impurezas” são agrupadas por Winnicott em sete categorias diferentes: a primeira delas diz respeito aos fracassos da organização egóica e que apresentam características esquizoides ou de tendências à esquizofrenia (divisão do ego, despersonalização, sentimentos de irrealidade e outras); a segunda contempla pacientes que têm depressão acompanhada de delírios persecutórios; a terceira categoria é a de depressão associada a sintomas hipocondríacos ou doenças somáticas; a quarta categoria relaciona-se aos pacientes com defesas maníacas (conceito psicanalítico) ou hipomaníacos (termo psiquiátrico); na quinta categoria encontramos as oscilações maníaco-depressivas; a sexta categoria contém casos de rígida organização da personalidade em padrões depressivos, como defesa frente ao medo da irrupção de mecanismos esquizoides de divisão; por fim, a sétima categoria está relacionada com a melancolia como produto da repressão intensa do ódio e da destrutividade. Nesse mesmo trabalho, Winnicott enfatiza que, além dos casos psicopatológicos de depressão, os indivíduos saudáveis apresentam a depressão como um estado de humor passageiro, num fenômeno presente em quase todas as pessoas.

Aspectos da relação entre paciente-analista e a depressão

Para que o analista conduza satisfatoriamente o processo terapêutico que envolva depressão, é necessário que ele lide com a própria destrutividade, que está ligada ao amor. Assim, é indispensável que o analista lide com a sua própria depressão:

O paciente deprimido exige de seu analista a compreensão de que o seu trabalho implica, em certa medida, no esforço de dar conta de sua própria depressão (do analista), ou melhor, da culpa e da dor resultantes dos elementos destrutivos de seu amor (do analista). (Winnicott, 1945/2000, p. 220).

Dessa forma, o paciente depressivo coloca em cena o desafio para o analista tomar contato e superar a depressão contida nele mesmo. Esse processo de ter que lidar com elementos de seu próprio mundo mental aponta para o fenômeno da contratransferência, classificada por Winnicott (1947/2000) em três modalidades: a primeira delas contempla os problemas do analista, relacionados com identificações e sentimentos reprimidos que necessitam da análise pessoal, para serem superados; a segunda modalidade de contratransferência diz respeito a sentimentos de amor e de ódio pelo paciente, que é percebido de modo objetivo e realista; a terceira modalidade refere-se a

identificações originadas do desenvolvimento do analista, que fornecem as bases produtivas para o trabalho clínico.

Entre as inúmeras possibilidades de pensamentos, desejos e sentimentos que podem surgir na relação entre o paciente e o analista está o que Winnicott (1961/1994) denominou “delírio do fracasso”. Quando ocorrem falhas nos cuidados maternos, uma das maneiras que o bebê encontra para tentar sobreviver é desenvolver em demasia o pensar, como uma função que tenta se tornar totalmente independente da mãe. Outra maneira de tentar lidar com as falhas da mãe é desenvolver estados que implicam em falhas do pensar e da formação de símbolos, tais como a diminuição do vigor intelectual ou a perda “da mente e do funcionamento mental” (p.168). Desse modo, forma-se o “delírio do fracasso”, que na situação analítica é direcionado para a figura do psicanalista e também para as expectativas sobre o processo analítico como um todo.

Para analisar favoravelmente o delírio do fracasso é necessário que o analista acolha o fracasso:

(...) o êxito da análise deve incluir o delírio do fracasso, a reação do paciente à análise como um fracasso. Este paradoxo precisa ser levado em consideração. O analista tem de poder aceitar este papel de analista que fracassa, tal como aceita toso os outros papéis que surgem das neuroses e psicoses transferenciais do paciente. Muitas análises fracassam no final porque o analista não podia permitir um fracasso delirante, devido à sua necessidade pessoal de provar a verdade da teoria psicanalítica através da cura de um paciente. (Winnicott, 1968/1994, p. 169).

Nos casos que envolvem colapsos clínicos reais, ocorridos na primeira infância, a ameaça do aniquilamento se repete na relação transferencial. Novamente, cabe ao analista acolher o paradoxo de aceitar o fracasso para contribuir para o desenvolvimento:

Num tratamento bem-sucedido, o paciente se torna capaz de pôr em cena o trauma ou o fracasso ambiental e experienciá-lo dentro da área da onipotência pessoal, e, dessa maneira, com um ferimento narcísico menor. É assim que, como analistas, repetidamente nos tornamos envolvidos no papel do fracasso e não nos é fácil aceitar esse papel, a menos que vejamos o seu valor terapêutico. Somos transformados em pais que fracassam e somente desse modo alcançamos sucesso como terapeutas. (Winnicott, 1968/1994, pp. 60-61).

Winnicott (1954/1991) diferencia a regressão do retraimento. A regressão é entendida como o retorno à dependência (e não no sentido freudiano de regressão a fixações em zonas erógenas). O retraimento implica num desligamento passageiro da realidade externa, que pode ocorrer em alguns casos, na forma de um breve estado de sono.

Durante as sessões de análise, se um paciente razoavelmente bem integrado apresentar um episódio de retraimento e o analista não oferecer o *holding*, o paciente sairá desse estado e nada de produtivo ocorrerá, em termos dos objetivos terapêuticos. Porém, se o analista oferece *holding*, o retraimento pode evoluir para a regressão e então, uma interpretação oportuna pode contribuir para o processo analítico.

O objetivo desse texto é refletir sobre um caso clínico de depressão pós-parto, levando em conta a teoria psicanalítica: tem por objetivos específicos investigar os conceitos sobre a saúde e a depressão, à luz da teoria da psicanálise, bem como apresentar a compreensão psicanalítica da depressão.

MÉTODO

Participantes

O caso clínico é o de uma paciente de vinte e oito anos de idade, brasileira, casada, profissional da área administrativa, grau de instrução de nível universitário, mãe de seu primeiro bebê.

Material

Reflexões acerca das conversas estabelecidas ao longo do tratamento analítico, conduzidas segundo a concepção freudiana da associação livre (por parte da paciente) e da atenção flutuante (por parte do analista).

Procedimento

Foi solicitada à paciente a concordância em tomar parte do estudo, na condição de participante. O sigilo dos dados foi garantido. Esclareceu-se que a paciente, caso assim o quisesse, poderia interromper a sua participação no processo que culminaria no presente estudo, sem qualquer tipo de necessidade de justificar a sua decisão. Ficou também estabelecida a possibilidade de acesso aos dados e aos resultados finais do estudo, caso fosse o seu desejo.

RESULTADOS

Fernanda (nome fictício), vinte e oito anos de idade, brasileira, casada, profissional da área administrativa, grau de instrução de nível universitário, mãe de seu primeiro bebê, sofria de depressão pós-parto. Seu bebê nascera há um mês e meio. Foi seu marido quem agendou o horário para a primeira sessão e veio com ela ao consultório. Ao chegarem, ele aguardou na sala de espera.

A paciente afirma que não tinha ânimo para fazer nada, sem saber os motivos que a levaram a sentir essa intensa depressão. Por vezes, não sentia mais vontade de viver. Passava grande parte do dia recolhida no quarto, sentada numa poltrona ou deitada na cama.

Relata que a gravidez transcorreu “num clima ótimo”. Via-se entusiasmada ao fazer as compras para o bebê que iria nascer e, o tempo todo, procurava planejar detalhadamente o futuro, o que incluía o parto, a amamentação, o cozinhar dos alimentos sólidos, enfim, uma intensa programação voltada para o dia-a-dia com o bebezinho.

Em meio ao relato sobre o desânimo que sentia, mencionou que o bebê “estava bem”. Ao discorrer sobre o suposto “bem-estar”, mencionou que ele “era tranquilo e dormia com serenidade”. Em toda a sessão, esse foi o único momento no qual surgiu um aspecto bom do tempo presente, embora parecesse pouco realista a cena que descrevia, de um bebê que dormia com leveza, apesar de ter uma mãe com grave depressão.

Ao final da sessão, abordei a necessidade de uma avaliação e acompanhamento psiquiátricos, ao que a paciente se revelou muito resistente, dizendo que “iria pensar no assunto”, num tom de voz que apresentava uma boa dose de desprezo. Além do desprezo, a paciente dava claros sinais de que não tinha esperança de superar a depressão.

Como o seu estado de humor inspirava grande preocupação, fiz uso de uma intervenção de confrontação, apontando para diversos elementos da realidade da sua vivência depressiva, entre eles, a sua dificuldade de realizar as mínimas tarefas domésticas. Além disso, afirmei que, caso ela recusasse o encaminhamento para o psiquiatra, eu teria a obrigação ética de comunicar tal necessidade à família. Não sem alguma oposição inicial, aceitou o antidepressivo indicado pelo psiquiatra. Porém, estabeleceu uma relação de confiança com o médico e não relutava em comparecer às consultas.

Em termos contratransferenciais, senti sono durante algumas sessões. Durante a segunda e a terceira sessões, em razão do ritmo acelerado de trabalho que vivia naquele período, creditei o meu sono à falta de um bom descanso. Porém, percebi depois que o meu sono era produto de processos inconscientes, trazidos para a relação analítica.

Passados cinco meses, ela relata uma lembrança desagradável da infância: sua mãe exigia que dormisse ao lado dela durante as tardes. Como não sentia vontade, algumas vezes permanecia acordada, observando detalhes do quarto. Em outras vezes, muito a contragosto, adormecia.

Selecionamos essas partes da história do caso para discutir determinadas particularidades do atendimento da depressão. Vale dizer que após um ano e meio de trabalho analítico e do tratamento psiquiátrico, a paciente viu-se livre da depressão. Superado esse período de trabalho, a análise prosseguiu, pautada por outros assuntos.

DISCUSSÃO

A imagem que a paciente fazia de seu bebê era extremamente idealizada, ao retratá-lo como alguém que dormia tranquilo, imune à sua própria depressão. Assim, negava a sua própria realidade interna, bem como a realidade da vida emocional do bebezinho e tentava, de forma frágil, reparar a imagem de si mesma como mãe, por meio da fantasia idealizada de um suposto “bem-estar” do filho.

Por outro lado, o sono que senti durante a segunda e a terceira sessão, resultado inicial de uma contratransferência mal elaborada, era produto do mecanismo de identificação projetiva, por meio da qual se configurava uma tentativa de “atordoar” o analista – tentativa essa que inicialmente obteve êxito, visto que naquela altura não houve a compreensão desse mecanismo de defesa.

Nesse caso clínico, pudemos identificar diferentes tipos de sono. Ao longo do dia-a-dia, um tipo de sono que ela mesma comumente sentia, e que algumas vezes aparecia também durante as sessões, foi entendido como um retraimento que, por sua vez, não foi percebido no início do processo analítico. Assim, tal como Winnicott indicou que o retraimento pode evoluir para a regressão, quando o analista propicia o *holding*, o mesmo se deu no processo analítico dessa paciente. O sono foi abandonado em favor da ampliação da dependência passageira do analista, que pressupõe um fortalecimento da relação (se comparado ao estado inicial de retraimento).

Passado algum tempo, foi possível relacionar um aspecto do sono da contratransferência com as lembranças da infância da paciente, de ser forçada pela mãe a dormir ao lado dela, fato que sentia como uma invasão de seu *self*.

Winnicott considerava que a depressão poderia ser fruto de processos patológicos, como também poderia tomar parte da saúde. Ao trabalhar com a depressão, o analista se vê exigido a lidar com a sua própria depressão – algo que o caso clínico impôs desde o início do tratamento.

Por outro lado, pode surgir outra condição paradoxal interessante: o delírio do fracasso do paciente precisa ser acolhido pelo analista, que se vê também tomado pelo papel de fracassado, numa reedição de processos primitivos relacionados com falhas da mãe. O mesmo se deu no desenrolar do caso de Fernanda, que durante um tempo considerável demonstrava impotência e fracasso frente às tentativas de vencer a depressão. Paralelamente, indicava com clareza que minhas interpretações e resultado do atendimento estariam fadados ao fracasso.

Assim, podemos concluir que a análise de pacientes com diagnóstico de depressão envolve aspectos que têm suas raízes em períodos primitivos do desenvolvimento e que,

além disso, implica no contato profundo do analista com a doença e a saúde que habitam dentro de si.

REFERÊNCIAS

- Freud, S. (1980). Psicopatologia da vida cotidiana. In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. VI, pp. 26-342). Rio de Janeiro, RJ: Imago (originalmente publicado em 1901).
- Freud, S. (1980). Três ensaios sobre uma teoria da sexualidade. In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 3, pp. 161-355). Rio de Janeiro, RJ: Imago (originalmente publicado em 1905).
- Motta, I. F. (2006). *Orientação de pais: Novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad., pp.218-232). Rio de Janeiro, RJ: Imago (originalmente publicado em 1945)
- Winnicott, D.W. (2000). O ódio na contratransferência. In D. W. Winnicott (Ed.), *Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas* (D. Bogomoletz, trad., pp.277-287). Rio de Janeiro, RJ: Imago (originalmente publicado em 1947).
- Winnicott, D.W. (1991). *Holding e interpretação* (S. M. Tavares & M. Barros, trads., pp.21-216). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1954).
- Winnicott, D.W. (1993). A família afetada pela patologia depressiva de um ou ambos os pais. In D. W. Winnicott (Ed.), *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, trad., pp.73-88). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1958).
- Winnicott, D.W. (1990). Classificação: Existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp.114-127). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1959).
- Winnicott, D.W. (1994). Observações adicionais sobre a teoria do relacionamento parento-filial. In C. Winnicott, C., R. Shepherd, & M. Davis, M. (Eds.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, trad., pp.59-61). Porto Alegre, RS: Artes Médicas (originalmente publicado em 1961).
- Winnicott, D.W. (1990). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D. W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, trad., pp.79-87). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1963).
- Winnicott, D.W. (1997). O valor da depressão. In D. W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa* (P. Sandler, trad., pp.59-68). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1963).
- Winnicott, D.W. (1995). A luta para superar depressões. In D. W. Winnicott (Ed.), *Privação e delinquência* (A. Cabral, trad., pp.151-160). São Paulo, SP: Martins Fontes (originalmente publicado em 1963).
- Winnicott, D.W. (1994). O pensar e a formação de símbolos. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Eds.), *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott* (J. O. A. Abreu, trad., pp.167-169). Porto Alegre, RS: Artes Médicas (originalmente publicado em 1968).

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS COM DEMÊNCIA- PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Ana Paula Amaral✉ e Diana Evangelista

Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra - Portugal

O envelhecimento da população mundial parece ser um percurso inevitável, sendo mais acentuado nos países desenvolvidos ou industrializados. Portugal, de acordo com os Censos 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, uma população jovem (pessoas com 14 e menos anos) de 14,89% e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Em 2050 prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,72% de pessoas com 65 e mais anos e 14,4% de crianças e jovens, apontando a longevidade para os 81 anos. Notória é, também, a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, em relação à dos homens do mesmo grupo (42%) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Como sequele de uma sociedade envelhecida, as demências constituem um dos principais problemas de saúde pública deste século, não só pela sua prevalência, mas sobretudo pela forma como afetam o doente e aqueles que o rodeiam.

A demência consiste na deterioração intelectual, devido a uma causa orgânica não específica que origina progressiva perda de memória e deterioração na capacidade de aprendizagem (Sequeira, 2010). Devido às alterações nas funções cognitivas e aos problemas motores decorrentes da demência, o indivíduo tem mais dificuldade em realizar atividades que envolvam atenção, memória e equilíbrio. Por isso, deve-se continuar a estimular o seu envolvimento nas atividades de vida diária, de forma a manter as suas capacidades durante o maior tempo possível (Cruz et al., n.d.). De acordo com a Associação Alzheimer Portugal (2009), em Portugal não existe nenhum plano ou estratégia para as pessoas com demência, nem para as pessoas em situação de incapacidade.

A promoção de um envelhecimento saudável é uma tarefa complexa cujo objetivo é aumentar a qualidade de vida dos idosos. Para tal, são fundamentais os programas de promoção de saúde (Assis, 2002). Vários autores, entre os quais, Sícoli e Nascimento (2003) sugerem que a participação dos idosos em programas de promoção de saúde, com prática de exercício regular, é uma excelente forma de reduzir e/ou prevenir o número de declínios funcionais associados ao envelhecimento.

A capacidade de adaptação e reorganização da dinâmica do sistema nervoso permite que se obtenham benefícios com a estimulação cognitiva (Pascual-Leone Amedi, Fregni, & Merabet, 2005). Segundo Mueller (2007), a prática regular de atividade física origina

✉ -Ana Paula Amaral, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, S. Martinho do Bispo. Apartado 7006, 3046 854 Coimbra, email-anaamaral@estescoimbra.pt

uma melhoria no fluxo sanguíneo e na oxigenação cerebral, contribuindo para um melhor funcionamento da atividade neuronal.

Vários estudos têm demonstrado que as intervenções psicossociais podem ser efetivas em atrasar o declínio funcional e cognitivo, em pessoas com demência. O “Programa da Cinesioterapia Funcional e Cognitiva em Idosos com Doença de Alzheimer” (PRO-CDA) procura desde 2006, através da prática de atividade física, atenuar os sintomas progressivos da doença. Este programa tem evidenciado uma evolução positiva tanto na capacidade funcional, como nas funções cognitivas e qualidade de vida dos idosos (Garuffi et al., 2011). Vários programas têm sido desenvolvidos em diferentes países evidenciando que a atividade física e a estimulação cognitiva, contribuem para manter e/ou melhorar a capacidade cognitiva (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011; Garuffi et al., 2011; Kemoun et al., 2010; Winchester et al., 2013; Yágüez, Shaw, Morris, & Matthews, 2011). Tendo como ponto de partida a evidência da literatura que sugere que é possível manter as funções cognitivas ou atrasar a progressão da demência através de intervenções psicossociais, planificámos e realizámos um programa que procurou integrar duas componentes: atividade física e estimulação cognitiva.

O presente programa teve como objetivo geral, conhecer o impacto da atividade física e estimulação cognitiva, na funcionalidade, na cognição e na qualidade de vida de idosos com demência. Foram definidos como objetivos específicos: 1) melhorar a capacidade cognitiva; 2) melhorar a capacidade funcional; e 3) melhorar a qualidade de vida dos idosos com demência.

MÉTODO

Participantes

Os idosos foram selecionados tendo em consideração alguns critérios de inclusão e exclusão. Definiram-se para critérios de inclusão: ter diagnóstico clínico de demência; possuir alguma autonomia (andar, sentar e levantar) e não praticar atividade física e mental regular. Para critérios de exclusão foram definidos: total dependência nas atividades básicas de vida diária e não falar/conversar. Participaram 22 idosos institucionalizados³, 12 no grupo de intervenção e 10 no grupo de comparação (inicialmente 12), que mantiveram a sua rotina diária.

O Grupo de Intervenção (GI) foi constituído por 9 mulheres e 3 homens e o Grupo de Comparação (GC) por 9 mulheres e 1 homem. Em relação às idades, estas são um pouco dispersas, uma vez que temos idosos entre a faixa etária dos 60 e a faixa etária dos 90. A média da idade do GI é de 86,9 ($DP=4,74$), sendo a maioria acima dos 80 anos (58,3% entre os 80 e os 89 anos e 33,3% entre os 90 e os 99 anos). O GC tem uma média de 78,7 ($DP=9,73$), sendo a maioria abaixo dos 80 anos (20% entre 60 e 69 anos e 40 % entre 70 e 79 anos). Em síntese, o GI tem uma idade mais avançada que o GC.

Material

Na avaliação pré e pós programa de intervenção utilizámos três instrumentos de avaliação: o Mini Exame do Estado Mental (MEEM: Folstein, Folstein & McHugh, 1975, versão portuguesa de Guerreiro et al., 1994), o Índice de Katz (Katz et al., 1963, versão portuguesa de Sequeira, 2007) e a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (Logsdon et al., 1999; versão portuguesa de Novelli, 2003).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM, Folstein et al., 1975) é um dos instrumentos mais estudados e utilizados por todo o mundo para avaliar a função

³ Idosos institucionalizados em Lares e Residências do distrito de Leiria (Caldas da Rainha, Benedita e Óbidos).

cognitiva e rastrear quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). É um teste de fácil e rápida aplicação (Gil & Busse, 2009). É constituído por várias questões agrupadas em domínios cognitivos diferentes: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. Cada questão tem uma pontuação de 0 ou 1, sendo a pontuação máxima de 30 pontos.

O Índice de Katz, índice de independência nas atividades básicas de vida diária, desenvolvido por Katz et al. (1963), é um dos instrumentos mais antigos e citados na literatura nacional e internacional (Duarte, Andrade & Lebrão, 2007). Esta escala foi desenvolvida para avaliar o funcionamento físico das pessoas idosas e doentes crónicos, em relação a seis atividades básicas da vida diária, nomeadamente, tomar banho, vestir/despir, usar a casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação (Mendes, 2008). Com a versão de Sequeira (2007), em cada uma das actividades podemos avaliar se o idoso é dependente, necessita de ajuda, necessita de supervisão ou é independente. A pontuação das atividades vai de 1 a 4 para cada item, sendo que a pontuação 1 representa dependência completa, 2 necessidade de ajuda, 3 necessidade de supervisão e 4 independência total (Sequeira, 2010). Assim, quanto maior a pontuação, melhor é a funcionalidade do idoso, isto é, quanto mais próximo de 24 valores, maior a independência do idoso, relativamente às atividades básicas de vida diária (Sequeira, 2007).

A Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer é uma escala genérica de qualidade de vida na demência, com 13 itens de avaliação: saúde física, disposição, humor, memória, família, amigos, casamento, pessoa em geral, capacidade para tarefas, capacidade para atividades de lazer, dinheiro e vida em geral. As opções de resposta são pontuadas de 1 a 4, as pontuações gerais variam assim entre 13 a 52 pontos, sendo que pontuações mais altas significam melhor qualidade de vida (Inouye, Pedrazzani, Pavarini, & Barham, 2009).

Logsdon, Gibbons, McCurry e Teri (2002) referem que existe fidelidade e validade nas avaliações de qualidade de vida, feitas pelos próprios idosos com demência, nos estádios iniciais. Apesar da perda de discernimento e consciência habituais na demência, acredita-se que estes consigam ser independentes na perceção de bem-estar e dos próprios estados emocionais (Inouye et al., 2009). De acordo com Novelli (2003), a pontuação da escala não sofre redução com o aumento da gravidade da demência de leve para moderada.

Procedimento

Após os procedimentos formais relativos às autorizações institucionais e de serem respeitadas as condições éticas necessárias, isto é, garantida a confidencialidade e o anonimato aos idosos participantes, o direito à não participação e a toda a informação sobre o programa, procedeu-se ao início do estudo. Numa primeira fase, efectuou-se a primeira avaliação (T1) dos 24 idosos participantes, aplicando-se os três instrumentos de avaliação. A segunda fase corresponde à implementação do programa de intervenção direccionado para a atividade física e estimulação cognitiva, com a duração de quatro meses. Na terceira e última fase, efectuou-se a segunda avaliação (T2), aplicando-se novamente os três instrumentos de avaliação aos 22 idosos.

O programa de intervenção decorreu durante quatro meses consecutivos, mais precisamente desde a primeira semana de novembro de 2012 à última semana de fevereiro de 2013, duas vezes por semana (um dia dedicado à atividade física, outro à estimulação cognitiva), perfazendo um total de 30 sessões, com duração máxima de 60 minutos por sessão.

Estando o grupo de intervenção repartido por duas instituições, o programa foi executado separadamente, isto é, foram realizadas as 30 sessões em cada instituição. As

atividades decorreram em grupo, privilegiando-se a interação entre os idosos. O programa de intervenção foi dividido em dois módulos com um nível de dificuldade crescente. Ao longo das diversas actividades utilizaram-se materiais diversificados: bolas, balões, cordas, tintas, pinças, telas, barro, revistas, cola, tesoura, objetos vários, computador, entre outros.

a) *Atividade Física* - A atividade física consistiu em ginástica habilitativa para os idosos, que teve como objetivos: 1) manter o condicionamento físico geral; 2) reforçar a resistência muscular e o equilíbrio; 3) trabalhar a coordenação motora; 4) manter o funcionamento das articulações e da flexibilidade; 5) fomentar o espírito de grupo e cooperação. Para tal, organizaram-se um conjunto de exercícios habilitativos com vista a melhorar a mobilidade, promover a manutenção ou o ganho de força muscular, desenvolver o equilíbrio, entre outros aspetos que interferem na capacidade funcional do idoso. Estes exercícios focaram-se no reconhecimento corporal e proporcionaram uma reeducação postural de forma a facilitar a realização das atividades de vida diária.

b) *Estimulação Cognitiva* - A estimulação cognitiva consistiram num conjunto de sete atividades diferentes, com o objectivo de estimular a criatividade, o raciocínio lógico e a capacidade de memorização, mas que também estimulavam a motricidade fina. Como exemplos, temos a pintura, a colagem, a montagem de *puzzles* e o manuseio do barro. Desenvolveram-se, também, actividades específicas para a memória tátil, visual e auditiva. Por exemplo, através do tato, era solicitada a identificação de objetos utilizados no dia-a-dia. Para a memória visual, entre outras actividades, projetaram-se fotografias de pessoas famosas, paisagens e profissões, permitindo analisar as cores e as diferenças entre as imagens visionadas. Relativamente à memória auditiva utilizaram-se vários sons de animais e do corpo humano, para que através da audição identificassem cada um deles e posteriormente fossem recordando os sons que ouviram anteriormente. Todas as actividades desenvolvidas para além de associadas a um objectivo específico, permitiram fomentar o espírito de grupo e a cooperação entre os idosos, atuando a nível das relações interpessoais.

Os dados foram analisados através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 13 para *Windows Vista*. Foi utilizada estatística não paramétrica.

RESULTADOS

Primeira Avaliação (T1)

Quando comparados os resultados obtidos pelos dois grupos, em T1, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas relativamente à capacidade cognitiva (GI: $M=13,67$; $DP=4,84$ e GC: $M=14$; $DP=4,29$), à capacidade funcional (GI: $M=16,92$; $DP=2,27$ e GC: $M=18$; $DP=2,96$), e à qualidade de vida (GI: $M=23,33$; $DP=2,06$ e GC: $M=24,70$; $DP=1,56$).

Evolução dos resultados de T1 para T2

Após a implementação do programa de intervenção, foram reavaliados os dois grupos (T2). Comparando os resultados obtidos nos dois tempos de avaliação (pré e pós intervenção), podemos afirmar que obtivemos resultados significativos nas três variáveis em estudo (capacidade cognitiva, capacidade funcional e qualidade de vida).

Evolução da Capacidade Cognitiva

Os valores médios obtidos no MEEM pelos dois grupos, nos dois momentos de avaliação são apresentados no Quadro 1. Como se pode verificar, no GI a capacidade cognitiva melhora significativamente (o valor médio passou de 13,67 para 18,25) após o

programa de intervenção (T2). No GC os resultados não apresentam diferenças significativas.

Quadro 1

Evolução dos grupos relativamente à capacidade cognitiva

Grupos	<i>M (DP) - T1</i>	<i>M (DP) - T2</i>	<i>p</i>
GI	13,67 (4,84)	18,25 (4,47)	0,004
GC	14 (4,29)	13,80 (4,23)	1

M= Média; *DP*= Desvio padrão; *p*= probabilidade

Segundo a análise do teste *Wilcoxon*, para amostras emparelhadas, concluímos que no GI, 83,4% dos indivíduos apresentaram resultados positivos nas pontuações do MEEM, enquanto no GC, apenas 40% melhoraram os seus resultados.

Evolução da Capacidade Funcional

No segundo momento de avaliação, de acordo com o Quadro 2, observaram-se alterações nas pontuações médias obtidas no Índice de Katz, em ambos os grupos, no entanto, apenas no GI essas diferenças foram significativas. Os resultados sugerem que apenas os idosos do GI apresentam uma maior funcionalidade (valor médio evoluiu de 16,92 para 19,25) após o programa de intervenção (T2).

Quadro 2

Evolução dos grupos relativamente à capacidade funcional

Grupos	<i>M (DP) - T1</i>	<i>M (DP) - T2</i>	<i>p</i>
GI	16,92 (2,27)	19,25 (2,86)	0,004
GC	18,10 (2,96)	17,80 (3,32)	0,679

M= Média; *DP*= Desvio padrão; *p*= probabilidade

Segundo a análise do teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, dos 12 idosos do GI, 83,4% melhoraram as pontuações obtidas de T1 para T2 e os restantes 16,6% não sofreram alterações. No GC, 50% mantiveram as pontuações, 30% melhoraram e 20% pioraram. Uma análise mais detalhada, por actividade, sugere que no GI, 50% obtiveram resultados positivos relativamente ao “controlo de esfíncteres”, sendo essa mudança significativa ($p=0,014$), contrariamente ao GC em que apenas 20% melhoraram os resultados, não sendo essa mudança significativa.

No GI, a percentagem de independentes, relativamente ao “controlo de esfíncteres”, aumentou de 8,3% (T1) para 41,7% (T2). Relativamente ao “banho” e ao “usar a casa de banho” a evolução, nos 2 grupos, não teve significado estatístico. No entanto, no GI a percentagem de independentes relativamente ao “usar a casa de banho” aumentou de 8,3% (T1) para 25% (T2). Na “mobilidade”, ocorreu uma melhoria significativa ($p=0,008$) de T1 para T2, no GI, com 58,3% de casos positivos. No GC, apenas 10% dos indivíduos apresentaram alterações, evolução sem significado estatístico. No GI a percentagem de independentes, relativamente à “mobilidade”, aumentou de 16,7% (T1) para 66,7% (T2). Em relação ao “vestir/despir”, no GI ocorreram 5 casos positivos (41,7%), evolução com significado estatístico ($p=0,02$). No GC não ocorreu nenhum caso positivo. No GI, a percentagem de independentes relativamente ao “vestir/despir” aumentou de 8,3% (T1) para 33,3% (T2). Na “alimentação”, 75% de casos positivos no GI, evolução significativa ($p=0,003$). Já no GC não ocorreram alterações de T1 para T2. No GI, relativamente à “alimentação” a percentagem de independentes aumentou de 16,7% (T1) para 91,7% (T2).

Concluímos que na maioria das dimensões avaliadas, “controlo de esfínteres”, “mobilidade”, “vestir/despir” e “alimentação” a evolução de T1 para T2, no GI, teve significado estatístico. No GC não ocorreu uma evolução significativa em nenhuma das dimensões. Considerando os resultados obtidos, podemos afirmar que os idosos do GI aumentaram a sua independência nas actividades básicas da vida diária, após o programa de intervenção.

Evolução da Qualidade de Vida

De acordo com o Quadro 3, podemos verificar que apenas no GI se verificou uma melhoria significativa da percepção da qualidade de vida de T1 para T2.

Quadro 3

Evolução dos grupos face à qualidade de vida

Grupos	<i>M (DP) - T1</i>	<i>M (DP) - T2</i>	<i>p</i>
GI	23,33 (2,06)	26,08 (2,57)	0,002
GC	24,70 (1,56)	24,60 (2,17)	0,94

M= Média; *DP*= Desvio padrão; *p* =Probabilidade

Através do teste *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, observamos que 100% dos indivíduos do GI melhoraram a pontuação obtida relativamente à qualidade de vida. No GC melhoraram apenas 50% dos 10 idosos, 20% mantiveram-se sem alteração e 30% pioraram a sua qualidade de vida. Analisando em detalhe os resultados obtidos, verificamos que a melhoria da qualidade de vida percebida pelos idosos do GI se deve a uma percepção mais positiva da sua saúde física, da sua disposição e humor e da sua memória. Relativamente à avaliação da saúde física, no GI, temos 5 casos positivos, 7 sem alterações e nenhum negativo, ou seja 41,6% dos idosos melhoram a sua percepção de saúde física de T1 para T2, sendo essa diferença significativa ($p=0,02$). No GC não ocorreram alterações significativas. Em relação à disposição e humor, 83,4% dos idosos do GI melhoraram (10 casos positivos), sendo que 2 idosos se mantiveram sem alterações. A mudança positiva que ocorreu de T1 para T2, relativamente à disposição e humor foi significativa ($p=0,002$). No GC a maioria dos idosos manteve-se sem alterações. No que diz respeito à memória, temos 4 casos positivos, 8 sem alterações e nenhum negativo, ou seja 33,3% dos idosos melhoram a percepção que têm da sua memória, de T1 para T2, sendo essa diferença significativa ($p=0,04$). No GC não ocorreram alterações significativas.

Em síntese, os resultados obtidos sugerem que apenas os idosos do GI aumentaram a sua qualidade de vida, após o programa de intervenção.

Avaliação qualitativa

Ao longo dos 4 meses do programa de intervenção foram registados alguns comentários dos idosos relativos às actividades desenvolvidas. Estes comentários vão ao encontro dos resultados apresentados anteriormente. Por exemplo: “Isto é muito bom, tenho de fazer mais vezes” (sujeito 6); “Eu gosto, para me movimentar melhor” (sujeito 11); “Sinto que estou um pouco melhor” (sujeito 11); “Temos de mexer o corpo” (sujeito 10); “Já me habituei a fazer ginástica” (sujeito 4); “Eu gostei, foi muito bom e importante fazer estas coisas todas” (sujeito 12); “Sinto-me bem e tranquila a pintar” (sujeito 10); “Aqui damos muitas gargalhadas” (sujeito 1); “Sinto-me bem a fazer isto” (sujeito 12); “Estou cada vez mais novo” (sujeito 11).

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo elaborar um programa de intervenção, com base na estimulação cognitiva e atividade física, que permitisse melhorar a capacidade cognitiva e funcional dos idosos com demência, bem como a sua qualidade de vida. Relativamente às características sociodemográficas da amostra, a média de idades dos dois grupos é de 82,8 anos, sendo a maioria do sexo feminino (81,8%), facto que está de acordo com a literatura que sugere que mais de metade das pessoas com demência apresentam uma idade superior a 80 anos e é do sexo feminino (Gonçalves, 2003; INE, 2011).

Em relação ao primeiro objectivo – *aumentar a capacidade cognitiva dos idosos com demência* – os resultados obtidos permitem-nos afirmar que o programa de estimulação cognitiva e actividade física implementado levou a melhorias cognitivas significativas, avaliadas pelo MEEM, quando comparados os resultados pré e pós intervenção e quando comparados os resultados com o grupo sem intervenção. Como referem Coelho, Galduroz, Gobbi e Stella (2009), a estimulação cognitiva associada à prática regular de atividade física contribui para a preservação ou melhoria de várias funções cognitivas, em idosos com demência.

Vários estudos têm mostrado que a atividade física e a estimulação cognitiva, contribuem para manter e/ou melhorar a capacidade cognitiva. Kemoun et al. (2010) procuraram estudar os efeitos de um programa de treino físico (caminhadas, equilíbrio e resistência) na função cognitiva e física em 16 idosos com demência. Os resultados sugeriram que apenas os idosos que participaram no programa de actividade física melhoraram a sua função cognitiva, comparativamente à avaliação inicial.

Yágüez, Shaw, Morris e Matthews (2011) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito de um programa de exercício anaeróbico (durante 6 semanas) na atividade cognitiva, de doentes de Alzheimer. A amostra foi constituída por 27 indivíduos, dos quais 15 participaram no programa. Os autores concluíram que ocorreram significativas melhorias na memória e na atenção do grupo que participou nos exercícios anaeróbicos, em relação ao grupo que não participou.

Winchester et al. (2013) investigaram as alterações na cognição, na capacidade funcional e/ou estados de humor, que ocorreram em indivíduos que praticaram atividade física (por exemplo, trabalho doméstico, jardinagem, caminhar, dançar), comparando-os com aqueles que foram mais sedentários. Participaram no estudo 104 idosos diagnosticados com doença de Alzheimer, com nível leve a moderado e idade igual ou superior a 60 anos. Concluíram que a atividade física melhora a função cognitiva dos doentes de Alzheimer. Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral (2011) implementaram um programa de estimulação cognitiva com pré e pós-teste, numa amostra de 23 idosos, com uma idade média de 78 anos. Os autores concluíram que apenas os idosos submetidos às sessões melhoraram o estado cognitivo.

No que diz respeito ao segundo objetivo – *aumentar a capacidade funcional dos idosos com demência* – os resultados sugerem que apenas o GI aumentou, de forma estatisticamente significativa, a média das pontuações obtidas no Índice de Katz. Tendo em conta os resultados por actividade, dos seis parâmetros avaliados obtiveram-se melhorias significativas no controlo de esfíncteres, na mobilidade, no vestir/despir e na alimentação, no GI. Após o programa de intervenção o número de idosos independentes, nestas dimensões, aumentou significativamente.

Segundo Schmitz (2011), o exercício físico em idosos com demência pode levar a uma melhoria da sua condição física, o que promove a sua funcionalidade. Costa (2009) salienta que a prática regular de atividade física promove a autonomia funcional do idoso e, conseqüentemente, aumenta a independência nas atividades de vida diária. Um

estudo realizado por Winchester et al. (2013) conclui que a actividade física diminui a fadiga e promove a capacidade funcional.

No que respeita ao terceiro objetivo – *melhorar a qualidade de vida dos idosos com demência* – os resultados sugerem que o programa implementado aumentou significativamente a qualidade de vida, no GI. Os resultados foram significativos em quatro situações que consideramos fundamentais para o bem-estar dos idosos, a saúde física, a disposição e o humor, e a memória. Segundo Sequeira (2010), um envelhecimento bem-sucedido, com qualidade de vida, está dependente da saúde, nomeadamente da autonomia que o idoso dispõe. De acordo com Costa (2009), a atividade física é um fator determinante na qualidade de vida, independência e autonomia do idoso. Também Garuffi et al. (2011) afirmam que sessões regulares de atividade física têm resultados positivos na qualidade de vida do idoso. A nível psicossocial, o exercício físico regular proporciona aos idosos um melhor desempenho cognitivo, diminuição da ansiedade e por conseguinte diminuição do consumo de medicamentos, atuando também na melhoria da auto-estima e socialização (Matsudo, 2009), o que resulta numa melhoria da qualidade de vida. Em síntese, o programa de intervenção delineado, com base na estimulação cognitiva e na atividade física, permitiu melhorias significativas nas competências cognitivas, na independência e na qualidade de vida dos idosos com demência, o que vai ao encontro da literatura, nomeadamente do que é referido por Spector, Orell e Woods (2010), que defendem a implementação articulada das duas áreas mencionadas.

No que diz respeito às limitações do estudo, consideramos que as diferenças entre os grupos de intervenção e de comparação, relativamente à idade e ao sexo, terão sido as mais significativas. No entanto, a constituição de dois grupos permitiu comparar resultados e tendo em conta as dificuldades na acessibilidade deste tipo de amostras o balanço é positivo. Apesar de a demência ser uma questão cada vez mais preocupante e consequentemente abordada, a implementação de programas de intervenção em Portugal necessita de um maior investimento. No nosso entender, a replicação de estudos direccionados para a melhoria da independência, qualidade de vida e capacidade cognitiva do idoso é essencial, com amostras de maiores dimensões e estudos de *follow-up*.

REFERÊNCIAS

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em Geriatria* - (Geriatric Instruments). Documento de Apoio. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 193-201.
- Assis, M. (2002). *Promoção da saúde e envelhecimento: Orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Série Livros Eletrónicos - Programas de atenção ao idoso.
- Associação Alzheimer Portugal (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer*. Lisboa: Alzheimer Portugal.
- Coelho, F., Galduroz, R., Gobbi, S., & Stella, F. (2009). Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 31, 163-170.
- Costa, M. (2009). *Atividade física como fator de influência na autonomia funcional do idoso*. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil.

- Cruz, J., Barbosa, A., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (n.d.). *Cuidar com sentido(s): Guia para cuidadores de pessoas com demência*. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/82772936/Cuidar-com-sentido-s-Guia-para-cuidadores-de-pessoas-com-demencia> [Consultado em 13 de Fevereiro de 2013]
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 41, 317-325.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). MiniMental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Garuffi, M., Gobbi, S., Hernandez, S., Vital, T., Stein, A., Pedroso, R.,... Stella, F. (2011). Atividade física para **promoção** da saúde de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16, 80-83.
- Gil, G., & Busse, A. (2009). Avaliação neuropsicológica e o diagnóstico de demência, comprometimento cognitivo leve e queixa de memória relacionada a idade. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 54, 44-50.
- Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 41-60
- Guerreiro, M., Silva, A.P., Botelho, A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). *Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE)*. Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia.
- INE (2011). Instituto Nacional de Estatística – *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa
- Inouye, K. (2008). *Educação, qualidade de vida e doença de alzheimer: visões de idosos e seus familiares*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial. Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, Brasil.
- Inouye, K., Pedrazzani, E., Pavarini, S., & Barham, E. (2009). Instrumentos específicos para mensurar a qualidade de vida na demência: levantamento, descrição, análise e comparação. *Temas em Psicologia* 17, 541-552.
- Kemoun, G., Thibaud, M., Roumagne, N., Carette, P., Albinet, C., Toussaint, L., ... Dugué, B. (2010). Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 109-114. doi: 10.1159/000272435
- Logsdon, R., Gibbons, L., McCurry, S., & Teri, L. (2002). Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosomatic Medicine*, 64, 510-519.
- Lourenço, R., & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública*, 40, 712-719. doi:org/10.1590/S0034-89102006000500023
- Matsudo, S. (2009). Envelhecimento, atividade física e saúde. In T. Rosa, T. Kelnert, & M. Louvison (Eds), *Boletim do Instituto de Saúde - Envelhecimento & Saúde*. (pp.76-79). São Paulo: Instituto de Saúde.
- Mendes, S. (2008). *Avaliação do risco de dependência funcional em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade de Aveiro.
- Mueller, P. J. (2007). Exercise training and sympathetic nervous system activity: evidence for physical activity dependent neural plasticity. *Clinical and Experimental Pharmacology and Psysiology*, 34, 377-384. doi: 10.1111/j.1440-1681.2007.04590.x

- Novelli, M. (2003). *Adaptação transcultural da escala de avaliação de qualidade de vida na doença de Alzheimer*. Dissertação de Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F., & Merabet, L.B. (2005). The plastic human – Brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377-401. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144216
- Schmitz, V. (2011). *Efeitos do exercício físico sobre a funcionalidade de idosos com demência: um estudo de revisão bibliográfica*. Porto Alegre. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/39252> [Obtido em 26 de Dezembro de 2012]
- Sequeira, C. (2007). *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.
- Sícoli, J., & Nascimento, P. (2003). Promoção de Saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 7, 101-122.
- Spector, A., Orell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): Effects an different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1253-1258. doi: 10.1002/gps.2464
- Winchester, J., Dick, M.B., Gillen, D., Reed, B., Miller, B., Tinklenberg, J., ... Cotman, C. W. (2013). Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (DA) across one year. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 96–103. doi: 10.1016/j.archger.2012.06.016
- Yágüez, L., Shaw, K., Morris, R., & Matthews, D. (2011). The effects on cognitive functions of a movement-based intervention in patients with Alzheimer's type dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 173 – 181. doi: 10.1002/gps.2510

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Debora Elijah ✉

Elijah Social Cognitive Skills Centre - United Kingdom, London

Dunst and Bruder (2002) define Early Intervention as a practice that is focused and services and supports resources to meet the needs of children. Thus includes specific activities, individual and group, designed to encourage different ways of learning, practical experiences by modelling the performance and results of the interaction and development of psychosocial at different cognitive levels, communication and neuro-motor skills of children. Elijah Social Cognitive Skills Centre (ESCSC) develops an early intervention program for children from 18 months to 4 years of age in London, based on the different modules of the program intervention PROSCIG (Elijah, 2013), with the goal of helping families in the development of their children, creating opportunities for them to take an active role in this process.

We know today during the first years of life that in the brain the majority of synapses are formed that continue for the rest of one's life and during this period the cells have greater flexibility. Meisels e Shonkoff (2000), refer that early intervention is a set of multidisciplinary services provided to children aged **0 to 5** years, with purpose of: promoting their health and well-being; Promoting emerging skills; Minimizing developmental delays; Remediating existing or emerging disabilities; Preventing functional deterioration; And promoting parental function and operation of the adaptive family. The goals of early intervention are to promote health and wellness, amplify emerging skills, minimizing delays in development; correcting dysfunctions to prevent functional deterioration and to develop parenting skills and the family. It does work in general (Shonhoff & Meisels, 2000).

However, Wolery and Bailey (1992) suggest seven basic objectives that should underpin early intervention: support families in order to help them achieve their own objectives; promote the development, independence and competence of the child; promote the child's development in key areas; promote and support the social skills of the child; promote the mainstreaming of children's abilities; provide the child normal life experiences; prevent the emergence of problems and changes in future. In short, early intervention is a measure oriented educational, therapeutic and social service for children/families at risk in order to minimize adverse effects to their development.

Historical evolution of the concept

The concept of early intervention has endured throughout the ages as an evolutionary process, both in terms of its own theoretical construct and its practices, due

✉ Debora Elijah, 46 Woodlands NW119QU Golders Green, London; mail: elijasocialskills@btinternet.com

to the scientific research which has already been conducted in this field. At an early stage of the research, in cases of emergency early intervention, the family was identified as the essential focus of intervention with children at risk or with special needs.

Thus, past early intervention was composed of different aspects which are somehow related to inherent historical evolution of the political, economic and social environment which society has undergone in recent years. According to Baley and Wolery (1992), society has become more concerned with childhood, its well-being and education, with primary health care, assuming that the quality of early experiences of life are crucial for the child's physical, emotional, social and cognitive development.

The first early intervention programs appeared in the United States in the 60s. These programs had two aspects: the therapeutic aspects and compensation aspect (Boavida & Carvalho, 2003). The therapeutic aspects programs assume the psychodynamic perspective is valued where the socio-emotional, working adults and their surrounding contexts are facilitators to help the child overcome the most sensitive periods, until it reaches maturity. Its focus is directed in the first place on the child. The child was considered the centre of the problem and then turned to adults in order to assist them in their task. In the compensation aspect we have the compensatory education programs, an example was the Head Start Program, which relied on a educational deficit-oriented remedial model focusing primarily on the child. These were comprehensive in scope and multidimensional which translated the concern to involve the family at different levels and implementing responses that included educational aspects, social and health.

According to Richmond and Ayoud (1993, cited by Meisels & Shonkoff, 2000), this phase had implied three ideas: The responsibility of society in the care and protection of children; Attention to dispense with the special educational needs of vulnerable children, especially those who were unable or were from poor families; The belief that early intervention had better treatment and early intervention would be more effective than remediation; In 70 years in the United States witnessed an increase of early intervention programs in which the perspective of applied behavior analysis (behavioral model), highlighted the importance of learning in child development. This model focused on the professional and/or services that gave instructions to the parents so that they, in turn, interact with their children in order to teach them new skills, reduce inappropriate behaviors and generalize skills already acquired (Meisels & Shonkoff, 2000). In the 70s there was a large investment in the needs of children with disabilities and training professionals to work with children. The special education in early childhood education had become a priority as well as the training of kindergarten teachers who specialized, beginning a set of guidelines for certification of this new dimension of preschool education (Stile, Abernathy, Pettibone & Wachtel, 1984).

In the 80s, there was a predominant trend of individualization in early intervention programs. A result of widespread criticism of the model of parent training was that it was not always appropriate in all situations, depending on different backgrounds and individual circumstances. However, in the 90s the family was truly recognized as an essential component of the process of intervention. The family was thus regarded as an indispensable partner, considering their level of involvement a condition critical for achieving results, being central to the success of the intervention, cooperation between professionals and family. Currently the early intervention programs gather a consensus with regard to the general principles that guide, that is, all seem to accept the programs must focus on the family and the needs identified by them and not just the child with special educational needs.

Intervention Models-

Traditional Curriculum Models

Noonan and McCormick (1993) summarize three traditional curriculum models for service delivery that highlight this evolution:

Developmental – Considered the original early intervention curriculum model and sometimes referred to as an *enrichment model*. The goal of the developmental model is to assist infants and young children with disabilities to progress through the normal sequence of development. The activities provide opportunities for demonstrating and encouraging the milestones that are being targeted.

Behavioral Model – Based on learning principles of behavioral psychologists such as B.F. Skinner, it describes developmental and the learning as resulting from environmental interactions. Direct instruction involves prompting, shaping, and reinforcing in a consistent fashion.

Developmental-Cognitive Model – This model is based on the work of Jean Piaget (1926, 1970). Cognitive skills are emphasized, and the theory concludes that cognitive development occurs as a result of the child's growth and interaction with the environment. The tasks presented are challenging so that the child will learn how to solve the challenge.

Behavioural Model – Based on learning principles of behavioural psychologists such as B.F. Skinner, it describes the developmental model and the learning resulting from environmental interactions. Direct instruction involves prompting, shaping, and reinforcing in a consistent fashion.

Best Practices in Early Intervention

Recently the Division of Early Childhood of the Council for Exceptional Children's (DEC - CEC) decided to review and update best practices (Sandall, McLean & Smith, 2000):

Practices related to direct labor:

- Evaluation: individualized, appropriate to the child and family, according to the legal procedures and guide lines recommended; provides useful information for intervention; requires the collaboration of professionals and family in their planning and implementation, and sharing useful information by professionals.
- Child-focused interventions: individualized and based on a continuous evaluation; unfold in environments that promote safety, the active involvement and children's learning and use systematic procedures within and across scenarios, activities and routines.

Family-based practices: individualized, flexible, strengthen family functioning based on the strengths and resources, assuming collaboration and the sharing of responsibility between staff and families.

Interdisciplinary models: teams that include family and where there is an exchange of roles between professionals, make decisions and work together; intervention is planned based on the child's functioning and not in specialties; opportunities most appropriate for intervention arise through parents or substitutes for the routines.

Technology applications: families and professionals collaborate in the planning and implementation of assistive technology (aids) and turning to technology to access information and support is provided for training and technical support to sustain technological applications in three areas: assistive technology, teaching/learning and information.

Practices related to indirect support:

- *Policies, organization of programs and systems change*: policy guidelines in the field of early intervention promotes the use of best practices; families and professionals involved in policymaking; policy guidelines and decision makers of

the programs promote participation and decision making of the family, interdisciplinary and interagency collaboration and evaluation and systems change.

- *Preparation of staff:* training is interdisciplinary and interdepartmental and involves families; formations are systematically sequenced and include the study of cultural and linguistic diversity, the contents of the training/evaluation addressed the needs of learners and include activities undertaken in the context of practices, systematic supervision of direct labor; trainers are qualified and well prepared.

Evaluate to intervene

Assessment is a key aspect in the process of early intervention. Rossetti (1990b) defines assessment as “any activity, either formal (through the use of normal referenced, standardized criteria) or informal (through the use of developmental profiles or checklists) that is designed to elicit accurate and reliable samples of infant-toddler behavior upon which inferences relative to developmental skills status may be made.” Rossetti (2001) also stresses how important it is that communication assessment begins as soon in the child’s life as possible. Because we know the risk factors that may result in the child presenting with a communication delay, there is no need to wait until the child is actually behind in communication development to begin assessment. The precursors to communication (e.g., interaction, attachment, play, pragmatics, gesture) can form the basis for early assessment.

In this sense, Bailey and Wolery (1992) suggest eight key objectives in the evaluation process: establish the eligibility of children for early intervention programs; identify targets for intervention appropriate to developmental level and functional; identify unique styles, strengths and strategies of “coping” of each child; Identify the objectives of the families in relation to their children and their own needs; build and strengthen the sense of responsibility of parents; develop a perspective shared and integrated assessment on the needs of the child and family; create a commitment to the goals of the intervention; evaluate the effectiveness of services for children and families.

Prizant and Wetherby (1995) summarize principles of assessment important in early intervention:

- *Gather information about the child’s communication in different situations and at different times* – children may demonstrate a skill that is well-established in both familiar and unfamiliar situations, but an emerging skill may only be demonstrated in a well known routine with familiar individuals. The child may exhibit different skills at home than he does in daycare or in the clinic.
- *Use a number of different strategies to collect the information* – as mentioned, a child under the age of three may not be receptive to doing what the examiner wants when the examiner wants him to do it. It may be necessary to observe the child in his natural environment and interview others who know the child well to piece together an accurate picture of the child’s skills. Using a variety of strategies will provide a better description of the child’s skills.
- *Use a number of tools or methods for assessment* – many rely on different methods of testing (e.g., direct observation, parent report, elicited behaviors). Observational and developmental checklists will add important information to that obtained on a standardized or criterion-referenced tool. You can also use videotape taken in the child’s natural environment for later analysis of the child’s skills.

With the birth-to-three population, the caregiver interview is one the most important tools. The interview provides crucial information for selecting goals that can be accomplished in activities of day-to-day living. In addition, the interview helps identify the needs and strengths of the family. Some suggested topics for initial interviews might include some of those described by Meisels and Provence (1989): Ask the caregivers

what they see as the purpose of the assessment process; Summarize the information you have available about the child and ask the caregivers what their views are of this information; Ask the caregivers what their concerns are about the child; Ask for pertinent family information and health history; Ask about feeding and oral behavior; Ask how the child acts when he is uncomfortable, frustrated or otherwise distressed; Ask about language and communication behaviours and how the child gets what he needs in the environment; Ask about the toys and materials the child likes best; Ask if there's any other information the caregivers want to share with you.

Select the tools based on the child's developmental level – Don't resort to always using the same testing instrument or same methods just because the child is in the birth-to-three age range. A compliant child may show most of his skills in a structured testing situation while a more recalcitrant child may need to be assessed almost totally through observation or parent report.

Assess conventional and unconventional communicative behavior – Children with significant delays in the development of conventional communication (speech and gestures) may be communicating in less conventional ways (e.g., biting a playmate who has taken a toy). These are forms of communication and should be noted.

Rely on caregivers as being the experts on the child's communicative abilities – The caregivers know the child best and can provide valuable information about the child's skills.

Use developmental research to provide a framework for assessment – A clear understanding of normal development of communication and swallowing skills will help you place the child's level of functioning on a developmental continuum.

The assessment results to intervention planning – It is apparent the results of the evaluation should form the basis for the intervention plan that is developed. In addition, ongoing evaluation is crucial because children develop new skills rapidly in the infant-toddler years.

Child Characteristics and Needs

Johnson-Martin et al. (1991) describe some of the features that are important to keep in mind when working with this population:

The Child needs choices – An important part of developing a sense of some control for a child is being able to make choices. Even young infants can make a choice about what they look at, or whether or not they will continue to take their bottles. Being offered choices is also an important lesson for the child in early communication. If you take several toys into the treatment session, you might hold up two and let the child select which he/she wants to play with first. Only offer choices where either "answer" is acceptable.

The Child needs routine to provide security – Young children appreciate routine. They like knowing what to expect in certain situations and from certain people. Using this principle in treatment sessions may gain more cooperation from the child. This may be something as simple as always working in the same location, always finishing the session with the same reinforcement (e.g. sticker, cookie, hug good-bye), or completing similar activities in the same order in each session.

The Child from a culturally diverse background – In any setting, and with all clients, it is important to be sensitive to the cultural needs of the client being served. Being culturally sensitive requires you to learn about the different cultures and child-rearing techniques of the families you serve. You must also examine your own cultural values and beliefs to determine the influence they have had on how you interact with children (Chang & Pulido, 1994).

Making adaptations for children with physical limitations – When providing therapy to a child with physical limitations, you may have to make adaptations in the treatment objectives and in the activities you will use to achieve those objectives.

For a child with a visual impairment, remember to: Minimize the interference of glare and shadows; Maximize desirable light; Tell the child you're to touch her before you do, so as not to startle her; Remind the child to use speech/ words, as the child with a visual impairment may not see the direct association between her words and subsequent actions of others; Describe objects to the child and help use her hands to explore the objects;

For a child with a hearing impairment, remember to: Call the child's name when addressing her and wait until you have her attention; Sit in a well-lit area so the child can see your face; Use gestures and pointing to supplement your speech; Use facial expressions when talking.

For a child with a motor/movement impairment, remember to: Adapt the treatment objective to account for the limitation (e.g., if the objective is for the child to imitate gestures with adults but the child cannot use his/her upper extremities, you might change the objective to imitation of movement of the head such as a head nod or shake). Learn how to position and move the child by consulting with the physical therapist, occupational therapist, and / or caregiver; Learn what special adaptive equipment the child uses for sitting, standing, and floor activities; Select toys and materials that might be more easily operated by the child (e.g., puzzles with large wooden knobs on the pieces or a windup toy with large crank).

Early Intervention Program by Elijah Social Cognitive Skills Centre (ESCSC)

This Early Intervention Program was created by Dr. Debora Elijah from a vast experience of more than 20 years of studies and work in the clinical area of Cognitive Psychology and Cognitive Neuropsychology, with children and young people. The ESCSC is based in London in the Temple Fortune area. It has a vision to include children with mild difficulties in mainstream schools.

The work and the conviviality established with these children over the years of clinical work enabled this author to realize the enormous need to create an innovative programme for children from 18 months to 4 years of age. This Early Intervention is based on the three different modules (Social Perception, Social Problems Solving Skills and Self-Monitoring/Regulation) of the program intervention PROSCIG (Elijah, 2013). The approach to intervention with the child is conducted in a naturalistic perspective, interactive and integrated (Klein & Gilkerson, 2000) and emphasizes the need to use as learning activities are those that functional, meaningful and motivating to the child, raising therefore the interest and promoting their active involvement, and tend to occur on a regular day-to-day family. The aim of this intervention model is to make children able to function effectively in their daily life contexts. The intervention activities are characterized by being comprehensive (taking into account all areas of development), integrated in games and routines of day-to-day, initiated and directed by the child and adult-supported, culturally sensitive and promoting family involvement. The role of adult or professional is that of a facilitator, creating opportunities and providing varied activities, supporting the active exploration and interaction of the child, while going progressively complicating the tasks and withdrawing support when he realizes that the child has mastered the activity.

Infants and toddlers are not “designed” to sit and work on structured activities as a 5- or 6-year-old child might. They are constantly exploring their environment and stay with on object or activity for only a short time. This means that going into the session with a structured plan for the five treatment activities you want to complete is probably

going to result in frustration for you and the child. Instead, you should begin the session with an idea of the goals and treatment objectives you want to accomplish with treatment activities ready for each, but be flexible enough to adapt and follow the child's lead.

Early Intervention Program by Elijah Social Cognitive Skills Centre (ESCSC) involves: Making sure the treatment plan and activities meet the unique needs and lifestyles of the child, family, peers and community; Planning instruction that can be implemented naturally in daily routines of the family; Emphasizing skills that are functional for the child both now and in the future; Encouraging the child to generalize skills learned. The child is given multiple opportunities to practice the skill in a variety of activities that occur on a daily basis (see general plan, Table 1).

- Cultivating self-awareness, confidence and self – worth for the child;
- Promote independent thinking and behaviour;
- Facilitate socialization and communication skills
- Promote interaction and cooperation
- Reinforcing the daily school routine and structure
- Encouraging the child to conform to the daily school routine
- Encouraging the child to play and socialize with peers in an age-appropriate way
- Promoting self awareness, confidence and sense of independence

This early intervention program evaluates areas such as:

- Interaction Skills – Social-emotional stability influences the development of interactions skills such as turn taking and ability to initiate interaction. These reciprocal interactions are important factors in the child's development. Infants interact with adults through actions such as eye contact, crying, being quiet, paying attention to faces and voices and body movements.
- Attention – Attention is important to the development of interaction skills. When considering the development of attention in the birth-to-three age range, we are not talking about attention span. We are talking about the child's ability to notice and then attend briefly to things and people in his environment. Children will find different kinds of stimuli to be of varying levels of interest. Some children need more external reinforcement to maintain their attention.
- Problem-Solving Skills – Are also important to later receptive and expressive language development. Problem solving begins in infancy when the child learns that his behaviours (e.g., crying) can affect a predictable change in the environment. Being successful at problem solving helps the child remain motivated to learn and begins development of cause and effect. Successful problem solving relies on the development of cognitive skills such as object permanence, means-end behaviour, functional use of objects and object classification.
- Play – The importance of analyzing the child's ability to play cannot be overemphasized. Early play behaviours relate to the development of communication skills and can yield some information about the child's overall development. Play skills are thought to reflect early cognitive development and thus are two basic ways to assess play: free-play observation (observe the child playing at home or in another natural setting); structured elicitation (present the child with certain toys and maybe ask him to perform certain actions). Linder (1990) summarizes categories of play that the child exhibits as cognitive skills develop: Exploratory or sensory-motor play: This is an activity done just for the enjoyment or physical sensation (e.g., sound play, banging objects); Relational play: Child uses objects in play for the purposes they were intended (e.g., brushing hair, turning crank on toy); Constructive

play: Child uses objects to construct something with an end in sight (e.g., building with blocks); Dramatic play: Child pretends to do something or be someone. This can be done with or without objects. This is called symbolic play; Games with rules play: The game has preset rules each player knows, even if the rules are made up by the child. This is not usually seen in children under three; Rough and tumble play: This is physical play that can be done alone or in a group. This is not typically seen in children under three.

- **Motor Skills:** The motor repertoire of the human being undergoes a phenomenal transformation throughout life. These changes occur in the number, complexity and quality of execution of motor actions. The experiences are very important for the individual motor development. The child stimulated broadly, through exploration of the environment, is more likely to practice motor skills and, consequently, to master them with ease. In the Elijah Social Cognitive Skills Centre (ESCSC) motor skills are worked on to improve: Gross motor skills; Motor Planning; Strengthens upper body and stability; Improves body awareness; Fine motor Skills; Prepares hands for handwriting; Provides joint compression; Sensory ; Provides proprioceptive input; Alert Skills. To develop these motor skills the following activities are done: Eye hand coordination; Up and Down stairs; Cut and Paste; Colouring; Learning to use scissors; Standing on one foot; Jumping; Playing with play dough; Playing on the floor completing a puzzle or swinging; Rocking the chair; Barrel Crawl; Chair Push-Ups; Steamroller; Push Something Heavy; Catch the ball; Roll the ball; Bounce the ball; Kick the ball in a direction.

Cognitive Abilities:

Another area that is evaluated and worked in the early intervention program is the cognitive abilities which are brain-based skills we need to carry out any task from the simplest to the most complex. Cognitive ability has more to do with the mechanisms of how we learn, remember, problem-solve and pay attention rather than with any actual knowledge. Cognitive abilities assessed in the young child are closely linked to interaction behaviours, involves perception, decision taking, motor skills, language skills, and social skills that can be viewed in the child. E.g.: In the pre-linguistic child, assessment of pragmatics looks at the intention of the child's behaviour as well as the child's understanding of turn taking in these early (and probably nonverbal) conversations. The parameters used to assess the development of pragmatics are: Attention seeking; Request object; Request action; Request information; Protest; Comment on object; Comment on action; Greeting; Answering; Acknowledgement of other's speech.

Early Intervention Program developed by the Elijah Social Cognitive Skills Centre (ESCSC) creates an action plan, which specifies the treatment module, treatment module objectives and examples of activities to help achieve the treatment objectives (see table 1 and 2).

Table 1.
General Plan Of Early Intervention Programme

TIME	CHILD NAME	TREATMENT MODULE	TREATMENT MODULE OBJECTIVES
9H00 – 9H20		-INDEPENDENT WORK SCHOOL CURRICULUM "ESCSC"	-SHOWING UNDERSTANDING OF SIZE AND COLOR CONCEPTS; -MATCHING COLOR,SHAPES & PICTURES; -PUZZLE(2); -BODY PARTS; -FINE MOTOR SKILLS;

ATAS DO 10 CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

			-EYE HAND COORDINATION;
9H20 – 9H40		-FREE PLAY STRUCTURE -RECEPTIVE LANGUAGE -EXPRESSIVE LANGUAGE - FINE MOTOR SKILLS - EYE HAND COORDINATION	-USE APPROPRIATE OBJECTS (OR IMAGINARY OBJECTS); -ANSWERING QUESTIONS; -USING PREPOSITIONS: “IN”, “UNDER”, “NEXT TO”, “OVER IT”; -ENGAGING IN APPROPRIATE PLAY; -TAKING TURNS WITH OTHERS; -DEMONSTRATING CAUSE AND EFFECT; -PERFORMING PRETEND PLAY; -SHOWING PROBLEM-SOLVING SKILLS; - TIDY UP; -TRANSPORT; - CIRCLE TIME- REGISTRATION (SING A SONG);
9H40 – 10H30		- - SELF-CARE -INDEPENDENT SKILLS -FINE MOTOR SKILLS GROUP -TRANSITION SKILLS, SNACK AND VIDEO ROUTINE	-FINE MOTOR SKILLS GROUP (PLAY DOUGH ACTIVITY); -SELF-CARE; - LINE-UP; - WASHING HANDS; -CLEAN THE TABLE; - PICK UP THE SNACK BAGS; - IDENTIFYING HIS NAME ON THE MAT; - PULL THE ZIPPER; -POINTING TO PICTURE IN THE FRUIT BOOK; -NAMES ONE COLOR; - SMELL THE FRUIT; -ASSOCIATE THE OBJECT WITH -THE PICTURE; - CUT FRUIT; - SHARING WITH OTHERS; -FOLLOWING DIRECTIONS;
10H30 - 11H00		-SENSORY STIMULATION -SOCIAL COMUNICATION SKILLS GROUP	-TEXTURAL BASED ART IN CO-ORDINATION WITH WEEKLY THEMES; -‘WE’RE GOING ON A BEAR HUNT’: - Footprint making - Building a bear - Leaf printing - Sound effects -STICKING; - SHAPES; - PECS; -WHAT’S IN THE BOX?; (EXPRESSIVE LANG.) -NURSERY RHYME (LISTENING & COMPREHENSION); -FOLLOWING INSTRUCTIONS; -INSTRUMENTS(AUDITORY PROCESSING); -COLOR GAME (TURN-TAKING, MATCHING COLORS, FINE MOTOR SKILLS); -INSTRUMENTS; -GAME (BUILDING COHESION GROUP ACTIVITY);
			-FOLLOWING DIRECTIONS;

11H00 - 11H10		-DANCE & MOVEMENTS -ORGANIZATION ACTIVITIES	-IDENTIFYING BODY PARTS; -FOLLOWS COMMANDS; -UNDERSTAND MEANING OF ACTION WORDS; -HOME CORNER; -LEGO; -PUTS AWAY TOYS ON REQUEST;
11H10 - 11H25		-GROUP O.T	-ALERT SKILLS; -UPPER BODY; -GROSS MOTOR SKILLS;
11H25 - 12H00		-COGNITIVE SKILLS	-STORY TIME WITH VISUAL SUPPORT; -SHOES; -COAT; -SNACK BAG;

Table 2.
Activities In Early Intervention Programme

TIME	TREATMENT MODULE	TREATMENT MODULE OBJECTIVES	ACTIVITIES TO HELP ACHIEVE TREATMENT OBJECTIVES
9H00 – 9H30	-INDEPENDENT WORK SCHOOL CURRICULUM -O.T & PHYSIOTHERAPY WITH NEURO COGNITIVE PROGRAM	-SHOWING; UNDERSTANDING OF SIZE AND COLOR CONCEPTS; -MATCHING COLOR,SHAPES &PICTURES; PUZZLE(2); -BODY PARTS; -FINE MOTOR SKILLS; -EYE HAND COORDINATION; -LANGUAGE; GROSS MOTOR SKILLS; LATERALITY; BALANCE;	-PUZZLE; -SENSORIAL ACTIVITIES ON TABLE; -PAINTING; -NOODLES MODELLING; -MATCHING COLORS, OBJECTS AND NUMBERS; -TRADING; -MATCHING THINGS THAT GO TOGETHER; - MAKING FACES; -NEURO MOTOR ACTIVITIES (individual plan for each child);
9H30 – 9H40	FREE PLAY STRUCTURE -RECEPTIVE LANGUAGE -EXPRESSIVE LANGUAGE -FINE MOTOR SKILLS -EYE HAND COORDINATION -COGNITIVE SKILLS & PRE-LINGUISTIC INDIVIDUAL INTERVENTION -REINFORCEMENT OF LANGUAGE IMAGINARY ACTIVITIES	-ENGAGING IN APPROPRIATE PLAY; -TAKING TURNS WITH OTHERS; -DEMONSTRATING CAUSE AND EFFECT; -PERFORMING PRETEND PLAY; -SHOWING PROBLEM-SOLVING SKILLS; -ANSWERING QUESTIONS; SITTING ON THE CARPET FOR 5 MINUTES; -LISTENING AND COMPREHENSION	-USE APPROPRIATE OBJECTS (OR IMAGINARY OBJECTS) ; -ANSWERING QUESTIONS; -USING PREPOSITIONS: “IN”, “UNDER”, “NEXT TO”, “OVER IT”; -ENGAGING IN APPROPRIATE PLAY; -TAKING TURNS WITH OTHERS; -DEMONSTRATING CAUSE AND EFFECT; -PERFORMING PRETEND PLAY; -SHOWING PROBLEM-SOLVING SKILLS; - TIDY UP; -TRANSPORT; - CIRCLE TIME- REGISTRATION (sing a song); -CARPET TIME; -SIT IN CIRCLE; -WHO IS HERE TODAY; -HOW IS THE WEATHER; -WHAT DAY OF THE WEEK;

			-MIMIC: LAUGH, CRY, TO LAUGH, GRIMACE, BLINK, TEACHES FEELINGST; -MEMORY GAMES; -BALL GAME.
9H40 – 10H30	-SELF-CARE -INDEPENDENT SKILLS -FINE MOTOR SKILLS GROUP -TRANSITION SKILLS, SNACK AND VIDEO ROUTINE	-FINE Motor SKILLS GROUP (play dough activity); SELF-CARE; - LINE-UP; - WASHING HANDS; -CLEAN THE TABLE; - PICK UP THE SNACK BAGS; - IDENTIFYING HIS NAME ON THE MAT; - PULL THE ZIPPER; -POINTING TO PICTURE IN THE FRUIT BOOK; -NAMES ONE COLOR; - SMELL THE FRUIT; -ASSOCIATE THE OBJECT WITH THE PICTURE; - CUT FRUIT; - SHARING WICH OTHERS; -FOLLOWING DIRECTIONS;	-TURN UP AND TURN OFF TAPS; -WASH HANDS; -DRY HANDS; -PULL THE ZIP; -DRINK FROM THE CUP; -SIPS FROM STRAW; -CLEAN THE TABLE; -PUT THE PLASTIC BAG IN THE BIN; WIPE HIS/HER FACE AND HANDS; -SHARE HER/HIS SNACK WITH OTHERS; -ANSWERS QUESTIONS: Why do you want to eat/drink?
10H30 – 11H00	-ONE TO ONE COGNITIVE SKILLS -O.T & PHYSIOTHERAPY COGNITIVE SKILLS -ARTS & CRAFTS	-SENSORY STIMULATION -FOLLOWING DIRECTIONS; -ENGAGING IN APPROPRIATE PLAY; -IDENTIFYING BODY PARTS; -GROSS MOTOR SKILLS; -BALANCE; -SENSORY DIET; -PROMOTE THE APPROPRIATE DEVELOPMENT OF MOTOR SKILLS; -COGNITIVE ACTIVITIES;	-TEXTURAL BASED ART IN CO-ORDINATION WITH WEEKLY THEMES; “WE’RE GOING ON A BEAR HUNT”: - Footprint making - Building a bear - Leaf printing - Sound effects -STICKING; - SHAPES; - INDIVIDUAL PLAN FOR EACH CHILD IN COGNITIVE SKILLS; -TAKE THE COAT; -WALK ON LINE; -WALKING IMITATING A TRAIN PASSING THROUGH OBSTACLES, UNDER THE TABLE, MAKING TUNNELS; -PLAY BALLS AND ROLL; -PLAY ACROBAT, GET TO THE OTHER SIDE WITH AN OBJECT IN HAND, HEAD, SPOON; -STAND ONE FOOT; -SWING; -SHOOT THE BALL IN A DIRECTION; -GO TO THROUGH THE SHAPES; -WALK ON THE WHEEL; -JUMP ON BEANS BAG; -WORK ON A SWING TO COMPLET A PUZZLE.
	-O.T & PHYSIOTHERAPY COGNITIVE SKILLS -ONE TO ONE COGNITIVE SKILLS -ARTS & CRAFT	-FOLLOWING DIRECTIONS; -ENGAGING IN APPROPRIATE PLAY; -IDENTIFYING BODY PARTS; -GROSS MOTOS SKILLS;	-TEXTURAL BASED ART IN CO-ORDINATION WITH WEEKLY THEMES. -“WE’RE GOING ON A BEAR HUNT”: - Footprint making - Building a bear - Leaf printing - Sound effects

11H00 – 11H30		-BALANCE; -SENSORY DIET; -PROMOTE THE APPROPRIATE DEVELOPMENT OF MOTOR SKILLS; -COGNITIVE ACTIVITIES;	- STICKING; - SHAPES; - INDIVIDUAL PLAN FOR EACH CHILD IN COGNITIVE SKILLS; -TAKE THE COAT; -Walk ON LINE; - WALKING IMITATING A TRAIN PASSING THROUGH OBSTACLES, MAKING TUNNELS; -PLAY BALLS AND ROLL; - PLAY ACROBA, GET TO THE OTHER SIDE WITH AN OBJECT IN HAND, HEAD, SPOON; -STANDING ON ONE FOOT; -SWING; -SHOOT THE BALL IN A DIRECTION; -GO THROUGH THE SHAPES; -WALK ON THE WHEEL; -JUMP ON BEANS BAG; - WORK ON A SWING TO COMPLET A PUZZLE;
11H30 – 12:00	COGNITIVE SKILLS ACTIVITY	-SOUNDS PRODUCTION -LANGUAGE FOR MEANING ACTING -FEEDBACK ON THE DAY	-STORY TIME WITH VISUAL SUPPORT; -READING PECS BOOKS; -GOOG BYE SONG; -FEEDBACK ON THE DAY; -SHOES; -COAT; -SNACK BAG;

In summary, this Early Intervention Program seeks to promote the health and well-being of children, enhance their skills, minimize developmental delays, remediate existing or emerging disabilities, prevent functional deterioration and promote the adaptive skills of parents and the overall functioning of the family. Aims are to create conditions that facilitate the global development of child; optimize the conditions for interaction child/family and involve the community in the intervention process.

REFERENCES

- Bailey Jr, D.B., & Wolery, M. (1992). *Teaching infants and preschoolers with disabilities* (2nd ed.). New York: Merrill Publishing Company.
- Boavida, J., & Carvalho, L. (2003). A comprehensive early intervention training approach. In:
- Chang, H.N., & Pulido, D. (1994). The critical importance of cultural and linguistic continuity for infants and toddlers. *Zero to Three*, 15, 13-17.
- Dunst, C.J., & Bruder, M.B. (2002). Values outcomes of service coordination, early intervention and natural environments. *Exceptional Children*, 68, 361-375.
- Elijah, D. (2013). *Plasticidade Cognitiva de Esquemas Mentais: Efeitos de um Programa Sócio-Cognitivo de Intervenção em Grupo de Pares em Redes Sociais Escolares (PROSCIG)*. Tese de Doutoramento, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal
- Johnson-Martin, N.M., Jens, K.G., Attermeier, S.M., & Hacker, B.J. (1991). *The Carolina curriculum for infants and toddlers with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Linder, T.W. (1990). *Transdisciplinary play-based assessment: A functional approach to working with young children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

Meisels, S.J., & Provence, S. (1989). *Screening and assessment: Guidelines for identifying young disabled and developmentally vulnerable children and their families*. Washington, D.C.: National Center for Clinical Infant Programs.

Noonan, M.J., & McCormick, L. (1993). *Early intervention in natural environments: Methods & procedures*. Albany: Delmar Learning.

Odom, S.L., & Blackman, J.A. (Eds.). *Early Intervention practices around the world*. Baltimore: P. H. Brooks.

Richmond, J., & Ayoub, C. (1993). Evolution of early intervention philosophy. In D. Bryant & M. Graham (Eds.), *Implementing early intervention – From research to effective practice*. (pp.1-17) New York: The Guilford Press.

Rossetti, L. (1990). *The Rossetti infant-toddler language scale: A measure of communication and interaction*. East Moline, IL: LinguiSystems.

Rossetti, L.M. (2001). *Communication intervention: Birth to three*. Albany: Delmar Publishing.

Shonkoff, J.P., & Meisels, S.J. (Eds.) (2000) *Handbook of early intervention* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.

SUICÍDIO ENTRE IDOSOS NO AMAZONAS: A ANTECIPAÇÃO DO FIM EM QUESTÃO

Denise Machado Duran Gutierrez ¹, John Elton Costa dos Santos 1 e Fabiana Fernandes 2

1- Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil; 2- Instituto de Agricultura e Ambiente, Universidade Federal do Amazonas, Humaitá, Amazonas, Brasil.

O suicídio é um fenômeno complexo determinado por um tempo histórico, com figurações sociais e culturais específicas. Atualmente, em algumas sociedades, o suicídio é tratado como uma questão de saúde pública, e as pesquisas visam compreender seus determinantes e promover formas de prevenção e de atendimento às pessoas que fizeram tentativas. No Brasil as taxas de suicídio são baixas em relação a outros países do mundo, no entanto, está entre os dez países com maiores números absolutos de ocorrência. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de um milhão de pessoas morrem a cada ano em decorrência de suicídio, o que equivale a uma pessoa a cada 40 segundo, ou uma taxa de 16 mortes por 100 mil habitantes. A população de risco para o suicídio são homens jovens (15-49 anos); idosos; especialmente homens; pessoas com doenças mentais; pessoas com história de abuso de álcool e drogas; e detentos (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante, & Mangas, 2012).

As taxas de suicídio variam entre países, por idade, sexo, raça e etnia. Elas são mais altas na Europa Oriental, medianas nos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia e mais baixas na América Central e América do Sul. Na maioria dos países, os homens têm taxas mais elevadas de suicídio do que as mulheres, numa variação de 3 para 1 à 7,5 para 1. No grupo total de suicidas uma das faixas etárias que se revela preocupante é a de pessoas com idade entre 60 e 80 anos. Diante do crescimento populacional de idosos no mundo e no Brasil (Pinto, Pires & Silva, 2012), estudiosos do tema vêm se sensibilizando para um olhar mais atento ao aumento do número de suicídio de idosos. O Amazonas, no ano de 2004, ficou entre os nove estados brasileiros que apresentaram a maior taxa de suicídio, por faixa etária, de idosos de 70 a 79 anos [Amazonas 11,22; Mato Grosso, 12,03; Santa Catarina, 12,11; M. G. do Sul, 12, 36; Goiás, 14, 59; Amapá, 16,66; Rondônia, 18,77; R. G. do Sul, 23,01. (MS/SVS, 2006)].

Estudos estatísticos preliminares revelam a necessidade de realizar pesquisas de caráter qualitativo, como uma das formas de compreender acontecimentos na história de vida dessas pessoas que influenciam no ato suicida. Estudiosos partem do princípio que fatores biopsicossociais (fatores sociais, ambientais, biológicos, doenças, perdas, transtornos mentais) podem levar as pessoas a cometerem suicídio; e que, por meio da compreensão desse fenômeno é possível promover estratégias de prevenção,

 -Denise Machado Duran Gutierrez, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil. E-mail: dmdgutie@uol.com.br

intervenção e acolhimento de familiares, como forma de minimizar o sofrimento acarretado pelo suicídio (Mello, 2000; Minayo, Cavalcante, Mangas & Souza, 2011).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde instituiu diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, implantadas em todas as unidades federadas, por meio da portaria nº 1.876. Em seu artigo 2º, a Portaria estabelece que as estratégias de prevenção do suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde e as demais secretarias de saúde das unidades da federação (estados e municípios), e que envolvam também outros agentes da academia e organizações da sociedade civil (SAS/MS, 2006). Essas ações, desenvolvidas nacionalmente, visam dar resposta a uma preocupação mundial com as altas taxas de suicídio. Considera também o impacto que o comportamento suicida pode ter na família, companheiros, amigos, no trabalho e outras instituições em que a pessoa convive.

Dados do IBGE (2010) mostram que a população brasileira está envelhecendo rapidamente. São quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos. A proporção de brasileiros idosos aumentou 5,7% em 2008 em relação a 2007, e cresceu mais de 23% nos últimos dez anos. Atualmente os idosos representam 11,1 % do total da população brasileira. A estimativa é que em 2020 a população com 65 anos ou mais, chegue a 65 milhões. Esses dados tornaram-se foco de atenção, impulsionando vários estudos. Como exemplo encontramos a excelente revisão da literatura sobre o suicídio de idosos no mundo realizada por Minayo e Cavalcante (2010). Esta revelou que o risco de suicídio aumenta com a idade e a prevenção se torna um desafio a ser enfrentado pelos vários setores de saúde, uma vez que o problema tem pouca visibilidade.

Considerando: 1. a escassez de pesquisas sobre a temática, 2. a expectativa mundial acerca do crescimento da população de idosos e, conseqüentemente, 3. a tendência ao crescimento proporcional do índice de suicídios; acreditamos na grande relevância da investigação desse tema de estudo. Seus resultados ampliam o conhecimento sobre o fenômeno, com possibilidade de contribuir ainda para área da saúde pública e subsidiar ações preventivas, em consonância com as determinações contidas nas Políticas Públicas vigentes.

Como vimos o tema do suicídio entre idosos emerge nos últimos anos como um grande problema de Saúde Pública. Suas taxas crescentes em geral, mas também no Amazonas, acompanham o envelhecimento da população, colocando todo o sistema de assistência à saúde em cheque. Para discutir um fenômeno de tão grande complexidade optamos pelas contribuições da psicologia social em sua modalidade crítica. Em especial optamos pela teoria de Identidade Social encontrada nos escritos de Ciampa (1987, 1995). Este, amparado numa perspectiva que se foca nos processos de mudança, compreende o ser humano como um devir, afastando-se, portanto, de uma visão essencialista. Compreende a identidade pessoal/social como um processo em que o ser não nasce humano, mas torna-se humano. Com base nessa concepção, formulou o sintagma “*Identidade – Metamorfose - Emancipação*”, influenciado pela perspectiva filosófica de Heráclito de Éfeso (século VI e V A.C). Pra Heráclito a noção de devir, de vir - a - ser é essencial. Um dos seus axiomas, que sobrevive até hoje, e que coloca em evidência o dinamismo e transformação constante do homem, é que não se pode banhar duas vezes no mesmo rio, porque tanto o rio como nós estamos em constante mutação, nunca somos os mesmos (Chauí, 2001; Mattar, 2010).

A influência de Georg Wilhelm Friederich Hegel (1770-1831) também pode ser percebida em Ciampa. Para esse filósofo a razão é histórica. Defende a ideia de que a mudança, a transformação da razão e de seus conteúdos deriva da razão, sendo que esta não é vítima de um tempo. A razão não está na história; ela é a história. A razão não está no tempo; ela é o tempo. Para Hegel, a razão não é nem exclusivamente razão

objetiva (a verdade está nos objetos) nem exclusivamente subjetiva (a verdade está no sujeito), mas ela é unidade harmônica e necessária entre objetivo e subjetivo (Chauí, 2001). É pela influência desses pensadores, que se origina a ideia de transformação dialética e do sujeito histórico na teoria de identidade de Ciampa. Para ele a identidade se constitui como processo de metamorfoses identitárias em seu envolvimento dialético com a generalidade do processo histórico e social (Antunes, 2012).

Dentre os pensadores norte-americanos, Ciampa foi fortemente influenciado pela Psicologia Social de George Hebert Mead (Souza, 2011), o qual ampliou e aprofundou a reflexão sobre o processo de interação social, instituindo a linguagem como elemento central para a formação social do *self* e da gênese constitutiva das identidades psicossociais. O autor desenvolve conceitos com o objetivo de assegurar uma melhor compreensão da relação entre o indivíduo e a sociedade. Uma das ideias fundamentais de sua teoria é a simultaneidade da socialização e a busca da individuação, na compreensão do processo de interação social, da importância da linguagem e dos objetos físicos do mundo material. Esses são vistos como elementos centrais no processo de formação do *self* e da construção das identidades. Ademais propôs o conceito de *Outro Generalizado*, caracterizando assim a teia coletiva, que permite saber como o indivíduo internaliza as regras sociais e garante sua inserção na comunidade (Lima, 2005, Lima & Ciampa, 2012).

Nessa perspectiva o individual e o coletivo se encontram intrinsecamente interligados e indissociáveis, embora discerníveis, pois para Mead:

(...) a consciência é social, sendo uma função e não uma substância desenvolvida no cérebro. No início da socialização, o sujeito compartilha um mesmo conceito dos objetos e isso possibilita a ação na sociedade. Entende-se o enunciado de um objeto, porque existe uma convenção de que o objeto é aquilo mesmo e isso faz com que as ações dentro da sociedade sejam coerentes e organizem a vida social (Lima, 2005, p.92)

A linguagem é o ponto central da obra de Mead. Através dela se cria um campo comunicacional, que, por sua vez é resultante da complexidade dos processos sociais nos quais os indivíduos estão imersos. Nesse processo de compartilhamento linguístico (convenções semânticas intersubjetivas), o sujeito vai se constituindo, possibilitando a relação com o outro generalizado e a adoção das atitudes do outro (Lima, 2005). Mead desenvolve a teoria do “*Eu e o Mim*”, entendendo-os como dois componentes indissociáveis do *self*. O “*mim*” refere-se à internalização das normas sociais, enquanto que o “*eu*” refere-se ao espontâneo e criativo. Seu desenvolvimento ocorre na medida em que o sujeito toma consciência de si e tem o reconhecimento do outro. Então temos a medida da construção do *self* quando a reação do outro se torna parte essencial da experiência ou comportamento do indivíduo. É aí que o indivíduo aparece para si mesmo como *self*. O conceito do “*Outro Generalizado*”, desenvolvido por Mead, diz respeito à influência da sociedade no desenvolvimento do *self*, essa exercendo um controle sobre as condutas dos indivíduos e da introjeção dessa influência, sendo um movimento tanto externo, quanto interno. Dessa forma, é no pensamento abstrato que o indivíduo adota a atitude do Outro Generalizado (Lima, 2005).

Sintetizando elementos derivados das teorias e proposições desses vários autores Ciampa constrói sua forma particular de ver a construção das identidades. Paiva (2007), comentando a obra de Ciampa, defende que podemos pensar em uma Escola Brasileira nos estudos das identidades sociais a partir de Ciampa. A obra intitulada “A Estória do Severino e a História da Severina, Um Ensaio de Psicologia Social” (Ciampa, 1987), seria o cerne da elaboração de sua teoria de identidade. Para ele,

Ciampa desenvolve sua reflexão psicológica contra o pano de fundo filosófico do materialismo histórico, atualizado por Habermas. Nessa reflexão, o autor conjuga o vetor de permanência e o vetor de mudança, presentes na discussão da identidade, mediante o processo dialético de posição, negação e superação. Conhecendo os entraves que se levantam ao desenrolar-se concreto desse processo, acautela contra a volta ao status quo, que denomina “re-posição”, e que reconhece em alguns passos das narrativas que analisa (Paiva, 2005, p. 80).

Para ajudar a compreender o processo da identidade, Ciampa (2002) propõe dois conceitos de altíssimo valor analítico, *mesmice e mesmidade*, que são opostos entre si e possibilitam evidenciar como o processo de metamorfose funciona. A *mesmice* decorre da re-posição de personagens, o que pode ocorrer como a consciente busca de estabilidade identitária ou inconsciente compulsão à repetição. A “personagem reposta é vista como dada permanentemente, como se aquele modo de agir, que é contingente e determinado por um contexto – fosse a manifestação de suposta essência do indivíduo, ou algo estrutural, ou inerente a ele” (Gonçalves Neto, & Lima, citado por Lima & Ciampa, 2012, pp. 18-19).

O fenômeno da *mesmice* pode levar o sujeito à experiência ilusória de atemporalidade e imutabilidade. A conservação da *mesmice* pode se constituir em um problema quando essa situação leva ao impedimento da busca por emancipação, culminando com o que o autor chama de “fetichismo da personagem”. Este seria “a impossibilidade de um indivíduo atingir a condição de ‘ser-para-si’, ocultando a verdadeira natureza da identidade como metamorfose e gerando o que será de identidade mito” (Ciampa, 1987, citado por Lima & Ciampa, 2012, p. 19). O fetiche da personagem pode ocorrer também como um aprisionamento no mundo da *mesmice* e da não superação das contradições sempre presentes no mundo da experiência.

Ainda quando a identidade é percebida como estática, parecendo não sofrer modificação, ela está sendo transformada à medida que, através de diversas ações, o sujeito “*repõe*” aquilo que o grupo social “*põe*” e estabelece como desejável. Isso implica dizer que, aquilo que as normas sociais e a ideologia dominante estabelecem ser o mais adequado. É a operação da reposição que sustenta a *mesmice*. Esta ocorre como uma reatualização da identidade socialmente legitimada, no entanto, quando há reposição, retira-se o caráter de historicidade da identidade. É o que Ciampa denomina de identidade “*mito*”, em que o social é reproduzido sem questionamento e/ou responsabilidade por parte do indivíduo com relação a si mesmo. A ideia de “*mesmice*” corresponderia assim a esta aparente não transformação da identidade, a qual impede a emancipação do sujeito.

A construção do *self* diferenciado (alterizado) se expressa por meio da *mesmidade*, que se refere à superação da personagem vivida pelo indivíduo; é a expressão do outro que também sou eu, que se torna possível a partir da possibilidade de formular projetos de identidade, cujos conteúdos não estejam prévia e autoritariamente definidos. “Identidades que se definam pela aprendizagem de novos valores, novas normas, produzidas no próprio processo em que a identidade está sendo produzida, como mesmidade de aprender (pensar) e ser (agir)” (Lima, 2005, p. 92). A metamorfose que enriquece, a “*mesmidade*” se apresenta como superação, quando o sujeito emancipa-se de valores estigmatizantes e preconceituosos, impostos pela sociedade e/ou introjetados pelo indivíduo, atingindo um agir mais livre e criativo para realização de suas metas e desejos. É um estado identitário que envolve autenticidade, autorreflexão e autodeterminação.

A contribuição de Ciampa, para análise que faremos sobre o suicídio entre idosos, permite ainda refletir sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa, relacionada às questões

de Políticas de Identidade e das Identidades Políticas. Os termos Políticas de Identidade e das Identidades Políticas como processos, implicam aspectos tanto regulatórios como emancipatórios, dadas às análises do poder presente nas relações sociais. Nessa perspectiva a identidade coletiva refere-se, no mais das vezes, a um personagem no singular. Falamos do ‘negro’, ‘índio’, ‘mulher’, ‘sem-terra’. Assumimos a mesma postura quando nos referimos ao ‘idoso’ em seu sentido genérico.

A ideologia aparece como grande cenário de fundo a partir do qual o fenômeno do suicídio e as identidades sociais se configuram. O conceito de identidade como metamorfose humana e a categoria ideologia como forma de reproduzir relações sociais de dominação aparecem aí entrelaçados e em constante interação (Ciampa, 1977).

Lima (2005) nos ajuda a ver que as Políticas de Identidade estão a serviço da formação e manutenção de identidades, podendo ser emancipatórias e/ou regulatórias. São emancipatórias quando ampliam a possibilidade de existência na sociedade, garantindo direitos para os indivíduos e enriquecendo a vida humana. São regulatórias, quando criam regras normativas autoritariamente impostas, que podem impedir ao indivíduo o atingimento de sua diferenciação. Seu aspecto regulatório pode ser visto quando feita orientação ao estigmatizado para que adote uma linha de ação *correta* para que tenha boas relações consigo mesmo e seja um homem completo, cidadão adulto com dignidade e autorrespeito.

Em vista da grande capacidade analítica desses conceitos, o presente estudo procura discutir o suicídio entre idosos identificando e problematizando os principais fatores de risco envolvidos em cinco casos de suicídio investigados em pesquisa nacional⁴, aportando análises embasadas na teoria de construção identitária de Ciampa.

MÉTODO

Em virtude da natureza histórica e multideterminada do fenômeno que nos dispusemos a investigar adotamos uma metodologia qualitativa. Para González Rey (2005) uma epistemologia qualitativa se coloca como abordagem compreensiva dos fenômenos humanos e sociais, “um esforço na busca de formas diferentes de produção de conhecimento em psicologia que permite a crença teórica acerca da realidade plurideterminada, diferenciada, irregular, interativa e histórica [...]” (p. 29).

Também Minayo (2010) nos chama a atenção para a produção científica com base na construção de sentidos de grupos humanos através da abordagem qualitativa, nos fazendo ver que investigar implica a interação com o objeto de estudo, num processo em que todos os envolvidos atribuem sentidos. Desse modo “[...] não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, os grupos e a sociedade dão significados e intencionalidade e interpretam suas ações e construções” (p. 40). Entendemos, com a autora, que os pesquisadores são, dialeticamente, autores e frutos de seu tempo histórico. Suas ideologias também, e talvez principalmente, influenciam o desenvolvimento do trabalho científico.

Participantes

A identificação, e localização dos grupos familiares, foram feitas com a colaboração da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas (FVS), através de acesso ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). As famílias foram contatadas pessoalmente, ou por telefone, e a partir daí foi combinado o melhor dia e local para as

⁴ Brasil. Pesquisa nacional sobre suicídio de idosos e possibilidades de atuação do setor saúde - Sumário Executivo. Ministério da Saúde — MS. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Rio de Janeiro: 2012. Coordenação de Maria Cecília de Souza Minayo. CLAVES/FIOCRUZ/RJ.

entrevistas. A maioria das entrevistas foi feita na própria casa das pessoas com a duração de cerca de 2 horas cada uma.

Por questões ligadas à disponibilidade de tempo e recursos optamos por trabalhar apenas com 5 casos que ocorreram na cidade de Manaus, adotando como linha de corte temporal o critério que os casos deveriam ter ocorrido há não mais que 6 anos e não menos de 2 anos. As razões para isso é que não queríamos abordar grupos que estivessem ainda sob forte impacto do uto recente, e, ao mesmo tempo, não desejávamos abordar grupos que, devido há passagem do tempo tivessem valiosas informações já perdidas na memória longínqua do caso.

Material

Como instrumentos de coleta de dados utilizamos entrevistas em profundidade (semiestruturadas) com cinco grupos familiares da cidade de Manaus. Mais especificamente foram utilizadas a Autópsia Psicológica, adaptada de Shneidman (2004) e Cavalcante et al. (2012), acompanhada pelo Genograma Familiar (Wendt & Crepaldi, 2007).

A autópsia psicológica se caracteriza como instrumento retrospectivo que reconstitui o *status* da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas. Esse roteiro é limitado a uma reconstrução da narrativa, depende da qualidade da informação prestada por informantes e utiliza amostras pequenas, dificultando a inferência de generalizações. Seu ponto forte está na contextualização dos dados na história psicossocial das pessoas estudadas.

O Genograma familiar, por sua vez, é um tipo de representação gráfica da família que mostra o desenho ou mapa da família e tem sido utilizado em diversos contextos, na formação de terapeutas familiares, na saúde básica e sua aplicação tem sido difundida em pesquisas sobre família (McGoldrick, & Gerson, 1995).

Procedimento

Os dados foram tratados por meio de Análise do Conteúdo, pela extração de material relevante em forma de temas e núcleos de sentido (Bardin, 2012). O procedimento de análise de dados obedeceu, em linhas gerais, os seguintes passos, conforme Castro, Abs e Sarriera (2011): 1. Leitura repetida da transcrição literal das entrevistas; 2. Extração dos núcleos de significado/sentido através de recorrências e contrastes; 3. Inferências e discussão comparativa a partir do referencial teórico eleito e literatura da área. Para proteger a identidade dos sujeitos, na discussão aqui apresentada, cada caso será identificado pelo número de 1 a 5.

RESULTADOS

Os sujeitos se mostraram muito receptivos ao contato. Embora se tratasse de tema tão sensível, nos receberam em suas casas relatando histórias marcadas pela dor, mas também por certo sentimento de alívio por terem um espaço de escuta e auto expressão. Entenderam nossa aproximação como uma forma de cuidado proveniente do sistema saúde, coisa que não tinham tido até aquele momento. No quadro 1 resumimos informações relevantes para o entendimento dos casos, abarcando dados sociodemográficos, método empregado no suicídio, motivo aparente e relação de informantes.

Quadro 1.

Informações sociodemográficas, e caracterização da ocorrência.

Nº	Id	Sex	Natural	Estado civil	Profissão	Modo	Motivo	Informantes
1	62	M	Careiro (AM)	Separado	Pedreiro	Enforcamento	Desgosto com filhos	Neto, 18 a Neta, 16 a Vizinha
2	80	M	Eirunepé (AM)	Separado	Agricultor	Enforcamento	Problemas neurológicos e emocionais	Filha, 52 a Filha, 35 a
3	63	M	Várzea Alegre (CE)	Separado	Sapateiro	Enforcamento	Doença mental (Paranóide)	Filho, 37a
4	68	M	Coari (AM)	Viúvo	Carpinteiro	Enforcamento	Doença Mental (Transtorno Bipolar)	Filha, 39a
5	61	M	Manacapurú (AM)	Casado 2ª vez	Comerciante	Arma de fogo	Negação da aposentadoria	Esposa, 54a Filho, 27ª

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade da Fundação de Vigilância à Saúde/Amazonas.

Legenda: Nº= Número do sujeito; Id=Idade; M=Masculino, AM=Amazonas; CE=Ceará; a=anos.

A partir do quadro acima podemos observar que o grupo de idosos investigados é constituído predominantemente por homens na faixa dos 60 anos, provenientes do interior do estado, de pouca instrução, exercendo profissões não especializadas; que, em sua maioria, optam pelo método do enforcamento; que podem, ou não, apresentar doença mental associada; e são acompanhados e cuidados por suas famílias.

Aspectos socioculturais e gênero: mesmice ou mesmidade?

Vemos no conjunto de sujeitos a forte influência de aspectos socioculturais e de gênero que delimitam espaços sociais de valorização/desvalorização pessoal. Operam valores culturais e premissas ligadas à feminilidade e a masculinidade. Associados aos papéis de gênero alguns outros aspectos de rigidez identitária se destacam em nosso grupo. Em especial encontramos sujeitos com fortes traços de rigidez, e conseqüente pouca capacidade de adaptação às mudanças próprias da vida, sobretudo aquelas que geram transformações abruptas ou descontinuidade no curso de suas vidas.

Encontramos forte apego desses sujeitos aos padrões normativos da família (“casamento é um só...” suj. 2) e das relações de gênero de coloração machista (“Não sou mais homem pra mulher nenhuma” suj. 4). O apego obsessivo as ideias hegemônicas de masculinidade tem sua importância. Trata-se de homens vistos como fortes, teimosos, briguentos, explosivos e intolerantes. Nos 5 casos estudados encontramos 3 separações conjugais, separações por iniciativa das esposas e a não aceitação dos idosos, que por vezes revelavam um comportamento rígido e machista. Aqui também, como em Hardwood, Hawton, Hope e Jacby, (2001), encontramos identidades rígidas baseadas no processo de *mesmice*. O sujeito perde autonomia e se vê aprisionado a um papel social rigidamente imposto, e vivido como uma paralisia, um engessamento identitário que impede o *ser - para - si mesmo*, a criatividade e a elaboração das feridas e ofensas sofridas.

Ademais, os casos estudados revelam uma forte dependência afetiva desses homens às suas mulheres. Estamos diante de homens fortemente influenciados por uma sociedade patriarcal, em que a dependência emocional do homem é camuflada, porém existente dentro do sistema familiar. Esse quadro é fato comum em famílias tradicionais que possuem padrões rígidos de comportamento. A sociedade, tal como eles mesmos experimentavam, os cobrava um comportamento mais rígido e autodeterminado, embora intimamente tenham convivido com fortes sentimentos de perda e isolamento. Esse aspecto mais frágil de suas emocionalidades não pôde vir à tona, ficando represado e reforçando assim a *mesmice*, como um processo alienante em que a busca de estabilidade identitária pode ser rígida e consciente; ou estar sob efeito de processos inconscientes de cunho neurótico, como é o caso da compulsão à repetição presente na reposição de personagens.

Família e relações conflituosas

No âmbito das relações familiares encontramos dinâmicas marcadas pelo conflito, frequentemente encoberto (suj. 1) e coalizões cruzadas (sujs. 1 e 2) em que, por exemplo, pai e filha se associam contra outros membros da família. Encontramos nos 05 casos estudados relações familiares conflituosas, brigas familiares, isolamento, alienação parental, que ocorreram principalmente após separação conjugal. A forma da família se reconstituir após a separação nos revela dados importantes para a análise sobre fatores de impacto na vida emocional dos membros.

Os conflitos familiares se apresentam como fenômenos de grande envergadura, envolvem não somente a família nuclear, mas também a extensa, especialmente em famílias provenientes do interior. Nelas, vigoram formas mais rígidas de relacionamento e o controle social dos comportamentos é mais intenso, como podemos ver em relação ao Suj.2:

“minhas tias passavam para ele... minha mãe reclama que as irmãs é que fizeram a discórdia entre eles...” anda comprando batom... andando pela rua...’, eu tive dificuldade de saber se eu era filha dele mesmo... sempre surgiram conversas sobre a reputação dela... [mãe], dele não... na cultura em que vivíamos era muito difícil” (sic filha).

Vemos assim a família extensa extremamente envolvida e insuflando ainda mais discórdia entre o casal. Na história familiar, dos cinco sujeitos estudados, há um elemento central que nos serve de ponto de análise sobre como a família lida com o tema ‘separação’ e sua relação com o ato suicida. Destaca-se nos casos estudados a separação conjugal como o início de histórias de desintegração familiar, alianças, fusões, disputas e coalizões entre outras formas encontradas pelas famílias no processo de reconstituição, como os membros se posicionam a partir das perdas.

Para o suj. 5, a separação conjugal que ocorreu entre o idoso suicida e a sua primeira esposa foi conflituosa. Passou por alienação parental, houve a coalizão entre mãe e filhas com objetivo de negar-lhe a paternidade e pediram oficialmente o reconhecimento do padrasto como o novo pai.

Os sujs. 1, 2 e 3 enfrentaram a separação por iniciativa da esposa, que não foi aceito pelos idosos. Frente à separação imposta os idosos revelaram comportamento rígido e inflexível em relação aos membros da família (filhos e esposa), crenças não dialógicas, com conteúdos machistas e tradicionalistas. Para os idosos é uma vergonha e desonra a mulher separar-se do marido, um ataque contra sua moral, costumes e valor.

Para o suj.2, houve um distanciamento em relação a seus filhos. Mesmo diante da fragilidade financeira e emocional dos filhos o idoso manteve uma espécie de atitude orgulhosa e indiferente, uma forma de manter seu *status* (razão) no sistema familiar e forçar reconhecimento por sua falta. Não houve o reconhecimento esperado pelo idoso e

para ele “*a vida passou pela janela*” (sic filha), essa é uma das falas do idoso, meses antes de cometer o ato suicida.

No caso do suj. 1, após a separação conjugal, os dez filhos ficaram morando com o pai (que viria a se suicidar), no entanto, a relação entre o idoso e os filhos foi do tipo negligente, os filhos ficavam pela rua, envolveram-se com drogas e desandaram na vida. Os filhos, quando adultos, não conseguiram estabelecer uma relação afetiva e de cuidado para com o pai, agora idoso e precisando de cuidados. Como consequência o idoso entra em processo de solidão e isolamento afetivo e vai se distanciando cada vez mais. No caso 4, o idoso não concorda com a separação conjugal. Houve tentativas para que sua esposa aceitasse, de bom grado, suas traições amorosas, o suicida não abre mão de suas outras mulheres. Após a separação a ex-esposa e filhos decidem morar em outra cidade, o idoso ficou morando sozinho e houve distanciamento entre ele e os filhos. No caso 2, a separação ocorreu devido ao falecimento da esposa. Após a perda, não houve por parte do idoso um investimento afetivo para com os filhos, um distanciamento entre ele os filhos ocorreu por meio de conflitos e agressividade.

Desse modo, encontramos nesses casos, alianças familiares feitas de formas extremistas, totalmente a favor da mãe ou totalmente a favor do pai (suicida). A família para manter-se utiliza processos fusionais e de coalizões, tendo como referência um dos pais. A família no processo de reconstituição provoca rompimento de laços familiares e alienação parental. A separação conjugal ocasiona distanciamento afetivo, conflitos, agressividade, negligência e frieza; diante de posturas rígidas do próprio grupo parental.

Consideramos que a forma com que os membros da família lidam com as suas perdas como, a separação conjugal, pode estar relacionada às vivências de solidão. Como o idoso mantém uma postura mais rígida e inflexível dentro do sistema familiar, talvez isso venha a contribuir para que ele fique mais sozinho e distante de seus filhos. Encontramos aqui a solidão como um fator importante associado ao suicídio. A separação conjugal parece desencadear todo um conjunto de conflitos e relações difíceis que redundam em distanciamento afetivo dos filhos, retirando do idoso uma importante fonte de apoio social, que seriam os filhos.

Ideação suicida – A obsolescência dos projetos de vida

Vimos assim o papel da família e suas relações conflitivas nas dinâmicas preparatórias do suicídio. Aparece aí a dificuldade da família em validar e fazer a apropriada leitura dos prenúncios do suicídio. Se, de um lado, as tentativas de suicídio não aparecem de modo claro associadas ao suicídio desses idosos; de outro lado, a ideação suicida é uma constante.

Em todos os casos verificamos que o ato foi antecedido por ideação e que as famílias, talvez até em função da regularidade dessas ideias, e do campo discursivo ser povoado por tensões e conflitos, não deram grande importância a essas manifestações. Parece que a ideação suicida, quando surge, gera muita apreensão e um estado de alerta na família. Porém com o passar do tempo, diante das pressões da vida cotidiana e outros afazeres dos cuidadores, essa atitude de vigilância não pode ser mantida. É exatamente aí, numa brecha qualquer, que o suicídio do idoso acontece. Em suas ponderações, a família constrói a convicção de que esses idosos, tidos como pessoas fortes e decididas, estejam imunes a vivências de desespero, que socialmente associamos ao suicídio, e que, ao mesmo tempo, estão muito distantes da imagem social sustentada por esses idosos.

Algumas falas ilustram o processo de ideação:

“*Querer desaparecer... Largar tudo e ir embora dessa vida...*” (suj. 5).

“*ver o mundo passar pela janela... dores da alma*” (suj. 2).

“Não tem mais jeito... é melhor pra todo mundo... me mata, vai ser melhor...se eu morrer vai ser melhor para mim” (suj.3).

Outras expressões são bastante claras e contundentes e esclarecem essa percepção da família: *“Papai quer se matar, mana...”* (suj.2), mas, de qualquer modo, a família se vê sem condições de reagir a isso de forma mais consequente.

Em relação às amizades e rede social de amigos encontramos nos casos 2, 3 e 4, idosos que possuíam uma relação social, apesar de restrita aos moradores da rua. Conseguiram circular socialmente e estabelecer laços de amizades, no entanto, desenvolveram um transtorno mental que contribuiu de forma negativa para limitar sua interação social.

No caso 5 a família relata uma contração do grupo de amigos devida à perda dos bens e status social do idoso. As dinâmicas sociais utilitaristas e consumistas se impõem gerando perda de laços sociais quando, pela falta de dinheiro, o sujeito e sua família não podem mais dar festas e frequentar lugares que implicam em dispêndio financeiro. A perda simbólica aí implicada é imensa e coloca o idoso num espaço social em que sua identidade social, de provedor, inteligente e bem sucedido, não pode ser reafirmada.

Alternação de identidade e suicídio: A construção de identidades fraturadas

A concepção de identidade como metamorfose, elemento móvel e sempre em processo de reconfiguração, nos ajuda a ver como os eventos históricos da vida incidem sobre os sujeitos e os levam a um processo de mudança adaptativa, ou estagnação patológica. Os sujeitos que conseguem reconfigurar suas vidas, buscando nos novos contextos fundamento e significado normalmente atingem um mais alto nível de bem estar. De outro lado, os sujeitos que se mantêm aprisionados num personagem social rígido quebram sua estrutura identitária, num processo insidioso para o qual utilizamos aqui a metáfora da fratura ou rachadura.

As narrativas relatadas pelos familiares revelam histórias de sujeitos que foram se constituindo em contextos sociais e culturais mais tradicionais, onde se valorizava, rigidamente, a masculinidade e o papel do homem como o principal mantenedor da família. Os idosos que cometeram o suicídio, não conseguiam lidar com as grandes transformações que ocorreram na sociedade e consequentemente na família, nesses últimos 40 anos.

Apresentavam-se como sujeitos que realizam grandes esforços na manutenção dos seus papéis sociais, e que passaram por experiências desintegradoras como: a) separação conjugal e perda dos laços afetivos familiares; b) perda da saúde física ou mental incapacitando-os para o trabalho; c) perda da saúde física e mental incapacitando-os para as relações afetivas íntimas; d) envelhecimento e consequentemente perda da capacidade funcional; e) perda do patrimônio e como consequência perda do *status* social. Nesse sentido, homens que apresentavam grande dificuldade em lidar com as mudanças que ocorriam em suas próprias vidas, impossibilitando-os de manterem seu personagem social. É o que aconteceu com o sujeito 2, o qual após sofrer um acidente grave, teve que vir para a cidade tratar-se e deixou a esposa e filhos no interior. Ele homem bastante rígido, ouvia histórias de que a mulher estaria se portando inconvenientemente no interior. As filhas descrevem assim:

“meu pai sempre se preocupou com a moral e a honra” (suj.2).

“naquela época a mulher não podia ficar falando com todo mundo... minha mãe sempre foi muito dada... falante... minha mãe emancipada e o meu pai recatado” (suj. 2).

Outro caso ilustra essa experiência. O Sujeito 3, nordestino de 63 anos, era socialmente reconhecido por seu modo de se expressar com valentia em toda a vizinhança. Andava com uma faca pendurada no cinto, a qual utilizava para descascar

frutas que provava nas feiras, comportamento este, que não amedrontava as pessoas da comunidade, pois o reconheciam assim. Segundo o relato do filho entrevistado “*era para mostrar sua masculinidade*”. O idoso desenvolve ao longo da vida um personagem que materializa sua cultura e seus costumes, e para ser reconhecido compartilhava seus costumes com as pessoas da sua comunidade. Um exemplo disso podia ser visto quando cozinhava a “*buchada*”⁵ e chamava os amigos, vizinhos e comerciantes locais, para almoçar.

Uma das características da formação identitária é o reconhecimento pelo outro, “... a concretização de uma pretensão identitária de um indivíduo, como expressão de autonomia, pressupõe o seu reconhecimento por outros indivíduos” (Lima & Ciampa, 2012, p. 15). Os papéis sociais são reconhecidos pelo outro que faz parte da mesma comunidade social. No caso exposto, a identidade é reafirmada no compartilhar com o outro, em uma atividade prática no mundo objetivo. O sujeito ao desenvolver seu personagem se reconhece e, ao se reconhecer, reafirma seu lugar no mundo. Nesse movimento faz a manutenção (repetição) de sua origem e o resgate de sua história. Para Ciampa, as personagens, como momentos identitários, podem ser representados também como degraus que se sucedem, ou como movimentos circulares que avançam e recuam sobre si mesmos (Ciampa, 1987).

A história do sujeito 3 revela também sua dificuldade em estabelecer laços afetivos duradouros. A separação conjugal, que aconteceu por motivo de sua infidelidade, o leva a sentir-se sozinho e conseqüentemente, mais vulnerável com a chegada do envelhecimento. A negação dessas transformações intensifica a sua procura por satisfação afetiva e sexual, desenvolvendo um comportamento compulsivo e “*promiscuo*” com garotas de programa. Segundo relato do filho, as aventuras sexuais do pai tornaram-se o centro do seu modo de viver. Este cria um personagem viril e mulherengo e passa a contar suas aventuras para os amigos e conhecidos procurando com isso firmar-se como macho exemplar de sua espécie.

Segundo relato do filho, um dos acontecimentos críticos na vida do idoso, ocorreu em 2007. O idoso inicia uma relação com uma jovem que era casada, o marido descobre a relação, o agride fisicamente em ambiente público e o ameaça de morte. Após a agressão, o idoso apresenta um quadro de saúde mental alterado, diagnosticado pela psiquiatria com Transtorno Delirante. Começa a desenvolver um pensamento delirante do tipo persecutório, e inicia um processo de acusações contra o filho, incriminando-o de querer matá-lo por envenenamento. A relação desgastante entre o pai e filho atingiu toda a família. Desejos homicidas e suicidas estão presentes em seus pensamentos e falas. O transtorno influencia em sua capacidade laboral e social, as relações afetivas e sociais estão permeadas de conteúdos delirantes. Esse fato causa uma fratura no processo de constituição de identidade, os personagens desenvolvidos pelo idoso após a ocorrência da violência não se sustentam mais.

A violência causa uma ruptura, uma mudança radical na vida e identidade do idoso. Relacionamos esse fato com o conceito de “*alternação*” proposto por Lima e Ciampa (2012). A alternância refere-se às transformações percebidas nas identidades individuais que fogem ao *script* pressuposto. Exemplificando, com base no caso estudado, podemos dizer que o sujeito 3 era possuidor de uma autonomia e capacidade laboral e social (na comunidade e na sua vida íntima). Após a violência sofrida passa a ficar mais dependente, retraído socialmente, isolado, medroso e frágil em sua masculinidade. Para Berger (citado por Lima & Ciampa, 2012), esse fenômeno ocorreria porque a identidade de um determinado indivíduo migra de um universo simbólico radicalmente para outro.

⁵ Panelada das vísceras e intestinos do carneiro (ou do bode) cuidadosamente preparados.

“Nesse sentido, a transformação não é entendida como processual, mas, ainda como uma superação dos indivíduos, a metamorfose é entendida como migração de um universo simbólico entre identidades estáticas, cristalizadas” (Lima & Ciampa, 2012, p. 22). A experiência de intensa rigidez na vivência dos personagens impede o sujeito de se reinventar, realinhar valores e formas de ser e manter-se, assim, inteiro como *self* diferenciado.

Como vimos anteriormente, Lima e Ciampa (2012), nos ajudam a entender que a *mesmice* é “aquilo que decorre da reposição de personagens, o que pode se dar como consciente busca de estabilidade identitária ou inconsciente compulsão à repetição” (p. 18). Acreditamos que o personagem desenvolvido pelo sujeito 3 é visto/sentido por ele como dado permanente, intrínseco e essencial a si mesmo, sem considerar o aspecto contingente e determinado pelo contexto que envolve sua identidade. Nesse sentido é impedido de passar por transformações qualitativas, o que seria a verdadeira alteração. Mantém-se preso a um estereótipo de forte e macho, sem autonomia e impossibilitado de viver a condição de *ser – para – si* e não somente para o outro, de viver os processos de mudança, que pertencem à verdadeira natureza da identidade como metamorfose. A doença mental aparece aí como forma de viver o impossível, isto é, a identidade enquanto mito.

Temos nesse caso, um idoso que se realizou por meio da manutenção de um patrimônio identitário relacionado à sua cultura, à sociedade e ao tempo social e histórico onde se desenvolveu. Essa questão nos possibilita a reflexão sobre os conflitos de papéis sociais e familiares em relação às mudanças desses contextos. Os sentidos atribuídos à família, masculinidade e relação entre os gêneros são diversos na atualidade e mudaram muito no decorrer desses últimos anos. Essa reflexão vem ao encontro com a idéia de identidade como metamorfose,

[...] que está intimamente relacionada com as condições sociais e históricas de nossa sociedade, exigindo um reconhecimento recíproco que quando ausente, ou feito de forma desumana, se dá a saber aos indivíduos pela experiência de aprisionamento à *mesmice*, ao feitiche do personagem que impede a concretização do sentido emancipatório da identidade. (Lima & Ciampa, 2012, p.14)

Paralelamente aos desafios colocados por esses processos de construção identitária, todos os sujeitos vivenciaram migração em sua trajetória de vida e esse deslocamento foi visto/sentido/interpretado pelos mesmos como algo negativo; o que redundou ao final de suas vidas, em falta de uma rica rede de apoio na teia mais extensa da família e comunidade. O desenraizamento dos sujeitos em relação às suas origens não é elemento banal. Da mesma forma, a perda das relações com o trabalho, central na constituição da identidade masculina, e nesses casos decorrentes de adoecimento, invalidez e desemprego. Também aparece como fator de forte peso para a construção social de identidades fraturadas.

Esses fatores interatuam no processo todo de enfrentamento dos desafios da vida, como o adoecimento e perdas naturais no percurso. Quando o sujeito consegue atribuir um sentido emancipatório ao conflito vivido nas várias relações familiares e sociais em geral, ele pode rever seus valores, muitas vezes preconceituosos e estigmatizantes, acerca do seu significado social. Com isso pode ressignificar seus valores, o que propicia uma postura mais reflexiva e autodeterminada, e a reconstrução de seu projeto de vida num sentido plenamente emancipatório.

DISCUSSÃO

É inegável a influência dos aspectos socioculturais de gênero como processo de valorização/desvalorização, com base no reconhecimento social e familiar dos papéis desempenhados pelos idosos suicidas. Os processos de formação identitária e a sua manutenção se dão pelo reconhecimento do outro. A perda da saúde física/mental para o trabalho e consequentemente, a privação de desempenhar sua função de mantenedor familiar, é atribuída pelos familiares, como um dos motivadores de estado de tristeza/depressão. Em alguns casos, essa perda atingiu a virilidade masculina, problemas relacionados à ereção, vigor e energia para a relação sexual são também identificados pelos familiares como situações que contribuíram para o suicídio.

O papel da família e suas relações conflitivas nas dinâmicas preparatórias do suicídio, separação conjugal e distanciamento afetivo dos filhos são indicadores que prevaleceram. Observou-se a dificuldade da família em validar e fazer a apropriada leitura dos prenúncios do suicídio. A repercussão do suicídio na vida dos familiares e de como cada um lidou com a dor da perda, revelaram a intensificação das relações familiares, na busca de compreenderem o ato suicida e no cuidado afetivo com o outro.

O processo de envelhecimento e as perdas dos papéis sociais (trabalho, sexualidade e família) destacam-se como motivadores para o ato suicida em idosos, colocando desafios muitas vezes intransponíveis para a reformulação de projetos de vida válidos para si e para o outro. As formas de subjetivação indicam a construção de sujeitos fraturados, em que o processo de singularização não pode se completar. Experiências de vida em que aparecem muitas situações de perda de laços sociais e familiares que se potencializam em sua força deletéria, e a impossibilidade de contruir novos laços são, sem dúvida, fatores de risco de grande importância.

O presente estudo, de escopo bastante modesto, nos deixa o apelo a novas investigações na área para um aprofundamento na compreensão do fenômeno social que constitui o suicídio entre idosos no mundo contemporâneo.

REFERENCIAS

- Antunes, M. S. X. (2012). A compreensão do sintagma identidade-metamorfose-emancipação por intermédio das narrativas de história de vida: uma discussão sobre o método. In A.F. Lima, (Ed.), *Psicologia social crítica – Paradoxes do contemporâneo* (pp. 67-84). Porto Alegre: Sulina.
- Bardin, L. (2012). *Análise de conteúdo*. Petrópolis/R.J.: Vozes.
- Brasil (2006). *Prevenção do suicídio - Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Faculdade de Ciências Médicas. Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. São Paulo.
- Castro, T.G., Abs, D., & Sarriera, J.C. (2011). Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31, 814-825, doi:org/10.1590/S1414-98932011000400011
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., Silva, R. M., Gutierrez, D.M.D., Conte, M., Figueiredo, A. E. B., ... Moreira, G. A. R. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: Abordagem metodológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17, 2039-2052. doi:org/10.1590/S1413-81232012000800015
- Chauí, M. (2001). *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática.

- Ciampa, A. C. (1977). *Identidade social e suas relações com a ideologia*. Dissertação de mestrado em Psicologia Social. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Ciampa, A. C. (1987). *A estória do severino e a história da severina: Um ensaio de Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense.
- Ciampa, A. C. (1995). Identidade. In S.T.M. Lane (Ed.), *Psicologia Social – O homem em movimento*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Ciampa, A. C. (2002). Políticas de identidade e identidades políticas. In C.I.L. Dunker, & M.C. Passos (Eds.), *Uma Psicologia que se interroga: Ensaio* (pp. 133-144). São Paulo: Edicon.
- González-Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa em Psicologia – Caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira.
- Hardwood, D., Hawton, K., Hope, T., & Jacby, R. (2001). Psychiatric disorders and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 155-165. doi: 10.1002/1099-1166(200102)16:2<155::AID-GPS289>3.0.CO;2-0
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE (s.d.). *Atlas do senso demográfico de 2010*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
- Lima, A. F. L., & Ciampa, A. C. (2012). Metamorfose humana em busca de emancipação: A identidade na perspectiva da Psicologia Social Crítica. In A.F.L. Lima (Ed.), *Psicologia Social Crítica – Paradoxos do contemporâneo* (pp. 11-30). Porto Alegre: Sulina.
- Lima, A. F. L. (2005). *A dependência de drogas como um problema de Identidade: Possibilidades de apresentação do 'Eu' por meio da Oficina Terapêutica de Teatro*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP.
- Mattar, J. (2010). *Introdução à filosofia*. São Paulo: Perspectiva.
- McGoldrick, M., & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick (Eds.), *As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 144-164). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Mello, F. M. (2000). O suicídio e suas relações com a psicopatologia: Análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 1-11, doi:org/10.1590/S0102-311X2000000100017
- Minayo, M.C.S., & Cavalcante, F.G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 44, 750 – 757, doi:org/10.1590/S0034-89102010000400020
- Minayo, M.C.S., Cavalcante, F. G., Mangas, R. M., & Souza, J. R. A. (2011). *Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas*. Acedido em 22 de dezembro 2013, <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iii/comunicacao-pesquisa.pdf>.
- Minayo, M.C.S., Pinto, L.W., Assis, S.G., Cavalcante, F.G., & Mangas, R.M.N. (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.S. (2010). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec.
- Paiva, G.J. (2007). Identidade psicossocial e pessoal como questão contemporânea. *PSICO*, 38, 77-84.
- Pinto, L.W., Pires, T.O., & Silva, C.M.F.P. (2012). Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17, doi:org/10.1590/S1413-81232012000800008
- Shneidman, E.S. (2004). *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.

- Souza, R.F. (2011). George Herbert Mead: Contribuições para a história da psicologia social. *Psicologia Social*, 23, 369-378, doi:org/10.1590/S0102-71822011000200018
- Wendt, N.C., & Crepaldi, M.A. (2007). A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 302-310, doi:org/10.1590/S0102-79722008000200016

IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA AUTO-EFICÁCIA E QUALIDADE DE VIDA EM DIABÉTICOS

Renato Andrade ✉¹, Maria Gomes ¹ e Rui Viana ^{1,2}

1 - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, Portugal; 2 - Hospital São João, Porto, Portugal

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO), “diabetes é uma doença crónica que ocorre quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não consegue efetivamente utilizar a insulina que produz” (WHO, 1999). O diabetes mellitus é uma das doenças mais comuns em todos os países (Shaw, Scree, & Zimmet, 2010) e é considerada uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia causada por um defeito na secreção de insulina e/ou resistência à insulina (Van der Heijden, Pouwer, Romeijders, & Pop, 2012). A prevalência dos diabetes em 2000 era de 171 milhões e esperado que aumente para 366 milhões em 2030 (WHO, 1999).

Dependendo da causa, o diabetes mellitus pode ser classificado em: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos. No entanto, o diabetes mellitus tipo 2 representa 85 a 90 por cento dos casos (WHO, 1999). O diabetes mellitus tipo 2 resulta em micro e macro complicações vasculares, tais como problemas cardiovasculares, retinopatia, neuropatia e insuficiência renal (Van der Heijden, et al., 2012).

Os principais objetivos do controlo do diabetes são: prevenir complicações, diminuir a mortalidade e os custos económicos associados. O controlo glicémico é essencial e recomendado, a fim de alcançar esses objetivos (Gao, et al., 2013) e as intervenções comportamentais têm demonstrado ser o tratamento mais eficaz tendo em conta os custos (Daivadanam, et al., 2013). Normalmente, o tratamento é baseado em planos de alimentação nutritivos, programa de exercícios, implementação de comportamento de auto-cuidado, medicação oral e, em alguns casos, suplementos de insulina (Gao, et al., 2013).

A ausência de atividade física é uma dos maiores fatores de risco para o diabetes mellitus tipo 2. É recomendado pela Associação Americana de Diabetes pelo menos 150 minutos por semana de exercício aeróbio de intensidade moderada e três vezes por semana de treino de resistência (Van der Heijden, et al., 2012).

A evidência tem demonstrado que a prática de atividade física adequada melhora a qualidade de vida e bem-estar psicológico, tal como o aumento da auto-eficácia, mas apenas 30% dos indivíduos com diabetes são suficientemente ativos. Desta forma, é importante adotar estratégias adicionais que comportem níveis de exercício moderados e, por conseguinte, a auto-eficácia (Van der Heijden, et al., 2012).

✉ - Renato da Costa Andrade, Rua Graça Afreixo, Casa 1, 3880-788 Ovar, Email: 23781@ufp.edu.pt

O conceito de auto-eficácia baseia-se na teoria cognitiva social de Albert Bandura que descreve-a como a nossa crença na nossa própria capacidade em ter sucesso em tarefas específicas (McAuley, Courneya, Rudolph, & Lox, 1994). Bandura (1996, 2006) acrescenta que as crenças de eficácia, pessoais ou coletivas, em associação com outros fatores como a influência do comportamento humano através da sua auto-regulação do pensamento, emoções, motivação e decisões, constituindo uma dos elementos chave da estrutura da casualidade. A auto-eficácia é considerada um forte preditor para os exercícios e outros comportamentos de saúde e foi aplicada em vários estudos sobre a performance no desporto (Gould, et al., 1999). Assim, a promoção da saúde deve estar relacionada com a otimização do estado de saúde das pessoas e da comunidade, promovendo o incentivo nas mesmas sobre o controlo dos determinantes da sua saúde (Ewles & Simnett, 1999). Vários investigadores sublinham que para se avaliar os indicadores relacionados com a qualidade de vida, deve-se considerar, numa perspetiva multidimensional, os aspetos relacionados com diferentes domínios, nomeadamente as variáveis psicológicas, a saúde e as variáveis e circunstâncias sociais (Bowling, et al., 2002).

O Objetivo do estudo é realizar uma revisão sistemática sobre a importância da atividade física na auto-eficácia e na qualidade de vida em pessoas com diabetes e, desta forma, contribuir para a sistematização da evidência encontrada na literatura científica.

MÉTODO

Revisão sistemática na base de dados computadorizada Pubmed/Medline para identificar estudos que avaliassem os efeitos da atividade física na auto-eficácia e na qualidade de vida em indivíduos com diabetes, publicados entre 2003 e 2013. O método de pesquisa foi o seguinte: (self-efficacy OR Self-rated health OR quality of life) AND diabetes AND physical exercise. Os critérios de inclusão foram: todos os estudos que avaliassem os efeitos da atividade física na auto-eficácia e/ou a qualidade de vida em indivíduos com diabetes; publicados entre 2003 e 2013; com acesso ao artigo na íntegra; escritos na língua inglesa. Os critérios de exclusão foram: revisões, meta-análises e estudos de caso; estudos que avaliassem para além do diabetes outras patologias; sem resultados significativos nos parâmetros da auto-eficácia ou qualidade de vida; estudos em que o objetivo não era relevante para a nossa revisão. O processo de seleção dos estudos seguiu o fluxograma de PRISMA (figura 1).

Após o processo de elegibilidade dos estudos e tendo obtido os estudos incluídos na revisão, foi recolhida informação no que diz respeito a amostra, a duração dos estudos, protocolo de intervenção e resultados significativos. A qualidade metodológica foi avaliada pela escala *Physical Therapy Evidence Database* (PEDro) e o nível de evidência pelo *Oxford Center for Evidence-based Medicine* (CEBM). As escalas foram avaliadas por dois avaliadores independentes e as divergências foram resolvidas por um terceiro avaliador.

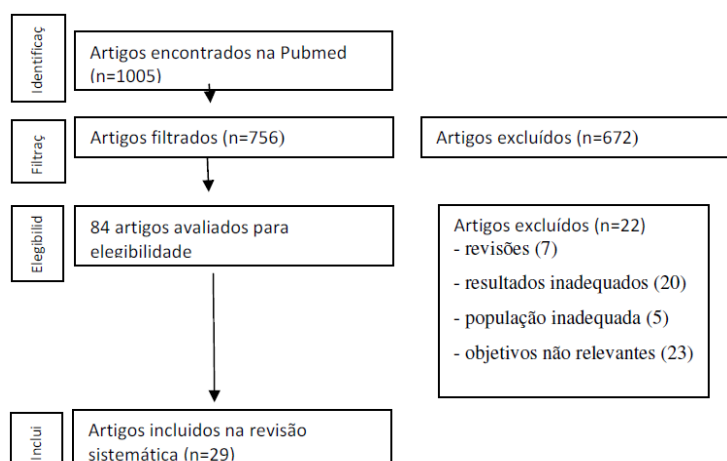


Figura 1 – Seleção dos estudos segundo a elegibilidade

RESULTADOS

Foram incluídos 29 estudos que avaliavam a eficácia da atividade física na auto-eficácia (10), na qualidade de vida (19) e ambos (2), incluindo 449 714 indivíduos com uma qualidade metodológica média de $5,3 \pm 1,3$ de acordo com a escala de PEDro e o nível de evidência foi maioritariamente 1b, 2b e 2c segundo a escala de CEBM (quadro 1).

Quadro 1

Qualidade metodológica - PEDro – e nível de evidência – CEBM.

Autor	E	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total	CEBM
Lorig, et al. (2010)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+	5/10	2b
Wangberg (2008)	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	6/10	2b
Kluding, et al. (2010)	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	3/10	4
Mishali, Omer, & Heymann (2010)	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	5/10	2c
Liu, et al. (2012)	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	+	6/10	1b
Naik, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	+	-	+	+	6/10	1b
Dyck, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	7/10	1b
Goodarzi, et al. (2012)	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	5/10	2b
Allen, et al. (2008)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	7/10	1b
Delahanty, et al. (2006)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	6/10	2c
Tsai, et al. (2010)	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	4/10	2c
Ismail (2011)	+	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	4/10	1b
Bennett, et al. (2008)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	7/10	2c
Vadstrup, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	6/10	2b
Bond, et al. (2012)	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	5/10	1b
Collins, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	7/10	1b
Aylin, et al. (2009)	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	+	5/10	2b
Daniele, et al. (2013)	+	+	-	-	-	-	-	-	+	+	+	4/10	2b
Tamari (2009)	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	4/10	2b
Grandy, Fox, & Bazata (2012)	+	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	5/10	2c
Eckert (2012)	+	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	3/10	2b
Bello, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	-	+	7/10	2b
Green, Fox, & Grandy (2011)	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+	+	6/10	1b
Abduelkarem & Sackville (2009)	+	-	-	+	-	-	-	-	-	+	+	3/10	2b
Piette, et al. (2011)	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	7/10	1b
Ackermann, et al. (2009)	+	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	5/10	2b
Quah, et al. (2011)	+	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	4/10	2c
King, et al. (2010)	+	+	-	+	-	-	-	+	+	+	+	6/10	2c
Abolfotouh, et al. (2011)	+	-	-	+	-	-	-	+	+	+	+	6/10	2c

Os estudos tiveram em média uma amostra de grande escala (quadros 2, 3, 4), destacando-se o estudo de Lorig, et al. (2010); Tsai, et al. (2010); Grandy, Fox e Bazata (2012); Green, Fox e Grandy (2011); Ackermann, et al. (2009); Quah, et al. (2011). No entanto, foram encontradas algumas exceções, em que a amostra do estudo foi um pouco reduzida tendo em conta os restantes, o que foi o caso do estudo de Kluding, et al. (2010) e Bello, et al. (2011).

Quadro 2

Descrição dos estudos respetivos à auto-eficácia

Estudo	N	Duração	Protocolo de intervenção	Resultados
Lorig, et al. (2010)	761	72 semanas	Grupo I – Programa de auto-controlo de diabetes baseado na Internet; Grupo II – Programa de reforço por email; Grupo III – Controlo.	Às 24 semanas o Grupo I demonstrou melhorias na AE ($p<0,05$) e continuou a melhorar durante as 12 semanas do estudo.
Wangberg (2008)	64	4 semanas	A intervenção foi adaptada ao nível de AE e foi baseada nos aspetos de auto-cuidado: monitorização sanguínea da glucose, dieta e atividade física.	Melhorias no auto-cuidado mas aqueles com uma AE mais elevada no início do estudo tiveram melhorias mais significativas. Os níveis de AE diminuíram do início do estudo para o follow-up.
Kluding, et al. (2010)	6	10 semanas	Exercício aeróbio e de resistência em dias alternados (3-4 dias por semana), com aconselhamento individualizado de nutrição e sessões educacionais de diabetes uma vez por semana.	Após a intervenção, os sujeitos tiveram melhorias quase significativas no A1C e dor, e melhoras significativas na AE ($p=0,03$).
Mishali, Omer e Heymann (2010)	119	Não refere	Questionários de AE onde foi medido tendo em conta quatro recomendações específicas de tratamento: auto-monitorização sanguínea de glucose, atividade física, dieta e toma de medicação oral.	Correlação de Pearson positiva e significativa entre a frequência de aderência às recomendações de tratamento e a AE tendo em conta as diferentes recomendações. A correlação entre a AE, a dieta e a atividade física foi 0,5 e 0,67, respetivamente.
Liu, et al. (2012)	208	48 semanas	Grupo I – sessões educacionais mensais de auto-controlo; Grupo II – controlo.	Aumento da duração do exercício aeróbio por mais de 40 minutos por semana ($p=0,001$) e aumento significativo de 0,71 nos valores de AE para o controlo de diabetes ($p=0,02$).
Naik, et al. (2011)	87	48 semanas	Grupo I – quatro sessões de planos de auto-controlo (dieta, exercício, auto-monitorização e medicação e comunicação sobre o progresso nos planos de ação; Grupo II – educação tradicional.	O efeito da interação do tempo de tratamento parece ser parcialmente mediada pela AE no diabetes ($F_{(1,85)}=10,39$, $p=0,002$).

Dyck, et al. (2011)	92	48 semanas	Grupo I – intervenção (6 meses) baseada em construções sociocognitivas, sessões frente a frente, follow-up telefónico e uso do pedómetro e acelerómetro; Grupo II – Cuidado usual (controlo)	As mudanças após a intervenção na atividade física foram mediadas pela cooperação com as recaídas, mudanças nas normas sociais e modelação social pelos membros familiares ($p \leq 0,05$). Um ano a mudanças na atividade física foram mediadas pela cooperação com as recaídas, alterações no suporte social familiar e AE relativamente às barreiras na atividade física ($p \leq 0,05$).
Goodarzi, et al. (2012)	81	12 semanas	Grupo I – 4 mensagens semanais com informação sobre exercício físico, dieta, medicação diabética e importância da auto-monitorização sanguínea dos níveis de glucose; Grupo II – controlo.	Melhoras significativas no HbA1C ($p=0,024$), LDL ($p=0,019$), colesterol ($p=0,002$), BUN ($p \leq 0,001$), micro albumina ($p \leq 0,001$), conhecimento ($p \leq 0,001$), treino ($p \leq 0,001$) e AE ($p \leq 0,001$).
Allen, et al. (2008)	52	8 semanas	Intervenção dividida em dois grupos em que ambos receberam 90 minutos de educação sobre os diabetes com um follow-up via telefónica de 4 semanas. O grupo de intervenção recebeu adicionalmente aconselhamento derivado da teoria de AE. Esta intervenção incluiu feedback nos gráficos de CGMS e usaram o modelo exemplar destes gráficos para descrever as reduções na glucose como resposta à atividade física.	Níveis mais elevados de AE por permanecer na atividade e resistirem às recaídas às 8 semanas ($p < 0,05$), indicando mais confiança ao manter o programa de atividade física. Os participantes do grupo de intervenção diminuíram significativamente os minutos de sedentarismo ($p < 0,05$), e aumentaram significativamente os minutos de atividade moderada ($p < 0,05$). O HbA1c e o IMC diminuíram significativamente ($p < 0,05$).
Delahanty et al. (2006)	293	96 a 144 semanas	Intervenção comportamental baseada em objetivos onde todos os participantes tinham os mesmos objetivos de perda de peso e atividade física, no entanto, era permitida individualização nos métodos específicos usados para alcançar estes objetivos.	Ao início do estudo, níveis mais elevados de atividade física correlacionados com uma maior prontidão para mudar os níveis ($r=0,44$, $p < 0,0001$), mais elevada AE do exercício ($r=0,18$, $p=0,002$), e níveis mais baixos de stress percebido ($r=-0,16$, $p=0,009$), depressão ($r=-0,18$, $p=0,003$), e ansiedade ($r=-0,14$, $p=0,03$), com correlações semelhantes após 1 ano e após o término do estudo.

Legenda: AE – Auto-eficácia; IMC – Índice de massa corporal; HbA1C – Hemoglobina glicolisada; LDL – Low density protein; CGMS - Continuous glucose monitoring system; A1C – Controlo glicémico; BUN – Blood urea nitrogen;

Quadro 3

Descrição dos estudos respetivos à qualidade de vida.

Estudo	N	Duração	Protocolo de Intervenção	Resultados
Tsai, et al. (2010)	430.912	Não refere	Pacientes divididos em 3 grupos: DT1, DT2 e sem diabetes. Questionário sobre a atividade física, SRH e historial médico.	A prevalência de um ótimo SRH foi de 53,3%, 52,2% e 85,2% para adultos com DT1, DT2 e sem diabetes, respetivamente. Nesta ordem, os adultos que reportaram serem ativos tiveram um aumento de 81%, 32% e 18% na probabilidade em reportar um ótimo SRH, quando comparados com os adultos que reportaram ser inativos.
Ismael (2011)	124	12 semanas	Questionário SRH e nível moderado de atividade em forma de trabalho doméstico, trabalho no campo ou caminhadas longas (30-45 minutos, 3x por semana).	A avaliação do estado de saúde foi maioritariamente pontuada com boa (31%), muito boa (14%), excelente (29%), fraca (14%) e muito fraca (15%). A regressão analítica mostrou que o exercício regular foi o único preditor significativo e independente associado com uma “melhor” SHR, com um <i>odds ratio</i> de 12,84, e intervalo de confiança de 1,42-115,73 e um valor de <i>p</i> de 0,023.
Bennett, et al. (2008)	217	Não refere	Avaliado a capacidade aeróbia (pico de consumo de oxigénio numa passada), adiposidade e HRQOL.	Pacientes com DT2 tiveram um A1c médio de 6,6% e, comparado com pacientes tiveram uma menor pontuação na componente física HRQOL (<i>p</i> =0,004), modelo físico (<i>p</i> =0,035), vitalidade (<i>p</i> =0,062) saúde em geral (<i>p</i> <0,001).
Vadstrup, et al. (2011)	143	24 semanas	Grupo I - reabilitação multidisciplinar em grupo incluindo educação do paciente, exercício supervisionado e curso de culinária. Grupo II - programa de aconselhamento individual.	Vitalidade aumentou 5,2 pontos (<i>p</i> =0,12) no grupo I e 5,6 pontos (<i>p</i> =0,03) no grupo II. A fadiga diminuiu 0,40 pontos no grupo I (<i>p</i> =0,01) e 0,34 no grupo II (<i>p</i> <0,01). No grupo I a fadiga cardiovascular diminuiu 0,25 pontos (<i>p</i> =0,01).
Bond, et al. (2012)	68	7 dias	Grupo I - Candidatos a cirurgia bariátrica; Grupo II - Candidatos a intervenção no estilo de vida. Foi colocado um sensor nos participantes que media a intensidade da atividade produzida durante o dia.	Grupo II teve uma maior função física (<i>p</i> =0,004) e um maior componente físico (<i>p</i> =0,02).
Collins, et al. (2011)	145	24 semanas	Intervenção comportamental tendo como alvo os níveis de prontidão para realizar uma caminhada rotineira versus o controlo da atenção.	Os grupos de intervenção e controlo, respetivamente, tiveram uma velocidade da caminhada aumentada em 5,7 (2,2) e diminuída em 1,9 (2,8) unidades (<i>p</i> =0,03); a subescala de qualidade de vida de saúde mental aumentou em 3,2 (1,5) e diminuiu em 2,4 (1,5) unidades (<i>p</i> =0,01).
Aylin, et al. (2009)	38	8 semanas	Grupo I - intervenção de exercício físico. Grupo II - grupo de controlo.	O grupo I teve pontuações mais elevadas nas subescalas emocional, vitalidade e saúde mental após o programa de intervenção (<i>p</i> <0,05).

Daniele, et al. (2013)	250	Não refere	A atividade física era avaliada pelo IPAQ, o HRQoL pelo SF-36, a comorbilidade pelo CCI, e os sintomas depressivos pelo BDI-II ≥ 16 . Foram realizadas análises de regressão singulares e múltiplas para avaliar os efeitos das variáveis independentes na atividade física.	Os pacientes tiveram mais sintomas depressivos e uma maior severidade de comorbilidade ($p<0,005$). Os pacientes diabéticos demonstraram melhores níveis de atividade (IPAQ) ($p<0,005$). A capacidade funcional, estado geral de saúde e limitação física foram as subescalas mais afetadas no SF-36. Os pacientes diabéticos sedentários tiveram piores valores no HRQL, na capacidade funcional ($p=0,000$), seguido do estado geral de saúde ($p=0,02$), onde foram medidas as subescalas do estado de saúde independentemente associadas com a atividade física.
Tamari (2009)	63	12 semanas	Programa progressivo standard de exercício de resistência de acordo com as guidelines do Instituto Metropolitano Gerontológico de Tóquio.	Melhoras significativas nas subescalas de dor corporal ($p<0,001$), vitalidade ($p=0,002$), funcionamento social ($p<0,001$) e saúde mental ($p<0,001$). Mais de 20% dos participantes demonstraram uma diminuição de mais de 10% nas subescalas do papel físico e vitalidade.
Grandy, Fox e Bazata (2012)	1.355	Não refere	SHIELD que avalia a associação entre o peso corporal e o HRQOL	Para os 9 aspetos da vida diária, uma proporção significativamente mais elevada de participantes que reportaram perda de peso reportaram também bem-estar (12%-44%) comparado com participantes que reportaram que ganharam peso ($p<0,0001$).
Eckert (2012)	370	Não refere	Participantes completaram o SF-36 e o FFkA. A capacidade de resistência foi testada com um teste de 2 km de caminhada.	HRQoL é negativamente afetado pelo IMC. Pacientes com DT2 e grau II de obesidade têm um HRQoL mais baixo que os pacientes acima do peso e pacientes com obesidade grau 1. HRQoL diminui com a diminuição da atividade física em todas as dimensões do SF-36. A atividade física permanece um preditor signficante da composição física ($B=0,09$; $\beta=0,11$; $p<0,05$), função física ($B=0,10$; $\beta=0,13$; $p<0,01$), composição mental ($B=0,13$; $\beta=0,20$; $p<0,001$), vitalidade ($B=0,15$; $\beta=0,24$; $p<0,001$), bem-estar psicológico ($B=0,11$; $\beta=0,18$; $p<0,01$) quando controlado para a idade, sexo, e IMC.
Bello, et al. (2011)	18	8 semanas	Grupo I – tratamento convencional regular e exercício aeróbio individual prescrito durante 30 minutos, 3 vezes por semana, a 50-75% da capacidade máxima cardíaca. Grupo II - tratamento convencional regular.	O grupo I melhorou significativamente ($p<0,05$) na qualidade de vida após o exercício comparado com o início do estudo.

Green, Fox e Grandy (2011)	9.169	48 semanas	Os entrevistados do SHIELD ao início do estudo reportaram se eles tentaram perder peso durante os últimos 12 meses e se tinham exercitado regularmente por mais de 6 meses. Após um ano, completaram o SF-12 para a qualidade de vida.	O exercício regular foi significativamente associado com pontuações subsequentes mais elevadas das componentes física e mental ($p<0,001$). Após a correção, tentar perder peso não foi associado com pontuações mais elevadas do componente físico ($p=0,87$), mas foi associado com o componente mental mais elevado ($p=0,01$).
Abduelkarem e Sackville (2009)	59	96 semanas	Pacientes receberam lembretes durante os 3 primeiros meses do estudo. Após os 3 meses não foram enviados mais lembretes.	Após três meses do estudo, mais de 27% dos pacientes tiveram uma dieta, exercício, cuidado dos pés e auto-comportamento aceitáveis. No entanto, a avaliação aos 6 e 24 meses demonstrou que a pontuação média quase que retomaram aos valores iniciais. Existiram diferenças significativas nos valores médios iniciais e finais para a saúde geral (5,86, $p=0,001$), vitalidade (5,25, $p<0,001$), papel físico (3,81, $p=0,02$).
Piette, et al. (2011)	291	48 semanas	Programa manual telefónico semanal, conduzido por enfermeiras durante 12 semanas e seguido por 9 sessões de reforço mensais. As sessões inicialmente focaram exclusivamente a depressão dos pacientes e adicionalmente um programa de caminhadas baseado num pedómetro.	Os pacientes em intervenção tiveram melhoras significativas na contagem dos passos (diferença média de 1,13 passos/dia; $p=0,0002$) e maiores reduções nos sintomas depressivos (58% de remissões aos 12 meses versus 39%; $p=0,002$). Para além disso, estes pacientes experienciaram melhoras relativas na cooperação e no HRQoL.
Ackermann. et al. (2009)	3.064	154 semanas	Intervenção baseada em objetivos de dieta e atividade física designada para alcançar e manter uma redução modesta de peso. Os objetivos foram alcançados e mantidos por pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada e redução de peso em 7% desde o início do estudo. Os participantes ILS foram designados com um treinador pessoal de estilo de vida, 16 vezes durante as primeiras 24 semanas.	Perda de peso foi independentemente associada com mudanças no SF-6D (aumento de 0.007 para cada 5 kg perdidos; $p<0,001$). Embora as melhoras no SF-6D não excederam os limites mínimos reportados para uma diferença significativa (0,04), estas mudanças, se casuais, podem ainda ter um impacto significativo na estimativa do compromisso custo-eficácia se for mantido por vários anos.
Quah, et al. (2011)	699	Não refere	Pesquisa transversal baseada num questionário	Qualidade de vida mais elevada em pacientes diabéticos é associada com a idade jovem, género masculino, estado de empregabilidade, níveis educacionais mais altos e exercício.

Legenda: DT1 – Diabetes tipo 1; DT2 – Diabetes tipo 2; SRH – Self-rated health; A1C - Controlo glicémico; HRQoL – Health-related quality of life; SF-36 – Short form 36; IPAQ – International Physical Activity Questionnaires; CCI – Charlson Comorbidity Index; BDI-II – Beck Depression Inventory; SHIELD – Study to Hlp Improve early Evaluation and management of risk factors Leading to diabetes; FFkA – Freiburger Questionnaire for physical activity; IMC – Índice de massa corporal; SF-12 – Short form 12; SF-6D – Short form 6D; ILS – Intensive life style.

Quadro 4

Descrição dos estudos referentes à auto-eficácia e qualidade de vida simultaneamente.

Estudo	N	Duração	Protocolo de Intervenção	Resultados
King, et al. (2010)	463	Not referred	Lorig's 8-item Diabetes Self-Efficacy Scale; 6 itens adicionais de auto-eficácia relacionados com o exercício, medicação para diabetes e hábitos alimentares; a resolução de problemas avaliada pelo DPSS.	Auto eficácia, resolução de problemas e apoio socio-ambiental foram independentemente associados com a dieta e o exercício, aumentando a variância em 23 e 19%, respetivamente. Apenas a dieta contribuiu para explicar a variância IMC ($\beta=0,17$, $p=0,0003$) e SRH ($\beta=0,25$, $p<0,0001$).
Abolfotouh et al. (2011)	503	16 weeks	Grupo I - quatro sessões de 120 minutos de um programa educacional durante 4 meses; Grupo II - grupo de controlo.	A pontuação média da qualidade de vida (%) foi $76,51 \pm 9,79$, com boa qualidade de vida em 38% dos adolescentes. Baixa qualidade de vida foi significativamente associada com idades avançadas ($p<0,001$), mais admissões hospitalares nos últimos 6 meses ($p=0,006$), níveis mais elevados de depressão ($p<0,001$), baixa auto-estima ($p<0,001$), e baixa auto-eficácia ($p<0,001$).

Legenda: IMC – Índice de massa corporal; SRH – Self-related health; DPSS – Diabetes problem solving scale.

A duração dos estudos foi em média 39 semanas, sendo que as 48 semanas foi o usual e variou de 1 a 144 semanas. Oito dos artigos não referiram a duração do seu estudo. O protocolo de intervenção diversificou desde questionários relacionados com a qualidade de vida e a auto-eficácia (10 estudos), a sessões de atividade física (13 estudos), reforço na saúde e/ou estilo de vida (5 estudos) e educação comportamental (10 estudos). Todos os estudos demonstraram melhoras nos níveis de auto-eficácia e/ou na qualidade de vida, exceto o estudo de Wangber (2008) que reportou diminuição dos níveis de auto-eficácia no seu estudo.

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática analisou vários estudos que avaliaram os efeitos da atividade física na auto-eficácia e qualidade de vida em pessoas com diabetes, em que todos demonstraram melhorias significativas nos níveis de auto-eficácia, qualidade de vida e outros aspetos relacionados, exceto um estudo que reportou diminuição dos níveis de auto-eficácia do início para o fim do estudo (Wangberg, 2008). A maioria dos estudos exibe uma qualidade metodológica razoável, fornecendo uma informação estatística que permite uma boa interpretação da informação e exibem uma validade interna que, de acordo com Jewell (2005) está acima do mínimo a ser considerado (maior ou igual a 5/10), apesar de referir que não há evidência que suporte a seleção deste limite. Contudo, é precisamente na validade interna que os estudos apresentam mais limitações, uma vez que, na maioria dos estudos, é permitido aos pacientes e aos prestadores de cuidados distinguir as várias formas de Fisioterapia aplicadas aos diferentes grupos; especialmente nos estudos que incluem medidas de resultados auto-reportados, nos quais só se considera o examinador “cego” quando o paciente também é “cego”; não é feita uma análise “intenção de tratar”, não é explicitamente reportado que, em caso de os pacientes não receberem o tratamento ou condições de controlo, tal como

assumido e que as medidas de resultados estão disponíveis, a análise é feita tal como se o paciente tivesse recebido o tratamento ou as condições de controlo. No CEBM podemos assumir que a maioria dos artigos tem um razoável nível de evidência, no entanto, alguns deles têm um follow-up fraco, uma vez não alcançam mais de 80% do follow-up.

A auto-eficácia é muitas vezes correlacionada com a qualidade de vida dos indivíduos. Alguns dos estudos incluídos nesta revisão descrevem esta correlação e demonstram que as melhoras numa variável são repercutidas na outra (King, et al., 2010; Abolfotouh, et al., 2011). Alguns autores também demonstraram melhorias nos parâmetros diretamente correlacionados com a condição de diabetes, tais como índice de massa corporal, níveis de glicemia, baixa densidade de proteína, colesterol, ureia no sangue, micro albumina e hemoglobina glicolisada (Allen, et al., 2008; Goodarzi, et al., 2012; King, et al., 2010; Kluding, et al., 2010).

Os aspetos psicológicos também foram demonstrados estarem relacionados com os níveis de auto-eficácia, tal como, cooperar com a recaída, alterações nas normas sociais e modelação social dos membros familiares ($p \leq 0,05$) (Dyck, et al., 2011); e também stress ($r=0,16$, $p=0,009$), depressão ($r=-0,18$, $p=0,003$), e ansiedade ($r=-0,14$, $p=0,03$) (Delahanty, et al., 2006). Neste aspeto, a qualidade de vida também demonstrou correlações semelhantes, tais como, a vitalidade (Abduelkarem & Sackville, 2009; Aylin, et al., 2009; Bennett, et al., 2008; Eckert, 2012; Tamari, 2009); papel emocional (Aylin, et al., 2009); saúde mental (Aylin, et al., 2009; Collins, et al., 2011; Eckert, 2012; Green, Fox, & Grandy, 2011; Tamari, 2009); bem-estar psicológico (Eckert, 2012); depressão (Piette, et al., 2011); auto-estima (Abolfotouh, et al., 2011). Mishali, Omer e Heymann (2010) demonstraram uma correlação positiva entre a auto-eficácia, a dieta e a atividade física, com valores de 0,5 e 0,67, respetivamente.

Foi encontrado um número razoável de estudos que avaliaram o impacto da atividade física nos níveis da auto-eficácia e/ou na qualidade de vida, embora os métodos de avaliação dos estudos variassem, o que pode conduzir, tendencialmente a um viés dos resultados obtidos, quando comparados com os estudos na globalidade. Para além disso, nenhum dos estudos foca especialmente nos adolescentes, onde a auto-eficácia tem um papel fundamental nas suas vidas. Desta forma, encorajamos a mais investigação nestas questões, com uma padronização da avaliação a usar, especificando ainda mais a população alvo, com estudos randomizados controlados de elevado nível de evidência

Concluindo, é de supor que a atividade física tem um impacto benéfico nos níveis de auto-eficácia e qualidade de vida em pessoas com diabetes. No entanto, ainda é necessária mais investigação nesta área, tendo em especial atenção à padronização da avaliação utilizada e a focalização em populações mais específicas. Desta forma, sugerimos de futuro a realização de mais estudos randomizados controlados, com um maior follow-up e com a distribuição, paciente e avaliador cegos para uma melhor qualidade metodológica dos estudos e menor possibilidade de viés.

REFERÊNCIAS

- Abduelkarem, A. R., & Sackville, M. A. (2009). Changes of some health indicators in patients with type 2 diabetes: A prospective study in three community pharmacies in Sharjah, United Arab Emirates. *Libyan Journal of Medicine*, 4, 29-38. doi:10.4176/080918
- Abolfotouh, M. A., Kamal, M. M., El-Bourgy, M. D., & Mohamed, S. G. (2011). Quality of life and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes and the

- impact of an education intervention. *International Journal of General Medicine*, 4, 141. doi:10.2147/IJGM.S16951
- Ackermann, R. T., Edelstein, S. L., Narayan, K. M., Zhang, P., Engelgau, M. M., Herman, W. H., & Marrero, D. G. (2009). Changes in health state utilities with changes in body mass in the Diabetes Prevention Program. *Obesity*, 17, 2176-2181. doi:10.1038/oby.2009.114
- Allen, N., Fain, J., Braun, B., & Chipkin, S. (2008). Continuous glucose monitoring counseling improves physical activity behaviors with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 80, 371-379. doi:10.1016/j.diabres.2008.01.006
- Aylin, K., Arzu, D., Sabri, S., Handan, T. E., & Ridvan, A. (2009). The effect of combined resistance and home-based walking exercise in type 2 diabetes patients. *International journal of diabetes in developing countries*, 29, 159.
- Bandura, A. (1996). Ontological and epistemological terrains revisited. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 323-345. doi:10.1016/S0005-7916(96)00049-3
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180. doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x
- Bello, A. I., Owusu-Boakye, E., Adegoke, B. O., & Adjei, D. N. (2011). Effects of aerobic exercise on selected physiological parameters and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of General Medicine*, 4, 723. doi:10.2147/IJGM.S16717
- Bennett, W. L., Ouyang, P., Wu, A. W., Barone, B. B., & Stewart, K. J. (2008). Fatness and fitness: how do they influence health-related quality of life in type 2 diabetes mellitus. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 110. doi:10.1186/1477-7525-6-110
- Bond, D. S., Unick, J. L., Jakicic, J. M., Vithiananthan, S., Trautvetter, J., CO'Leary, K., & Wing, R. R. (2012). Physical activity and quality of life in severely obese individuals seeking bariatric surgery or lifestyle intervention. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 1-5. doi:10.1186/1477-7525-10-86
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6, 355-371. doi:10.1080/1360786021000006983
- Collins, T. C., Lunos, S., Carlson, T., Henderson, K., Lightbourne, M., Nelson, B., & Hodges, J. S. (2011). Effects of a home-based walking intervention on mobility and quality of life in people with diabetes and peripheral arterial disease: A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 34, 2174-2179. doi:10.2337/dc10-2399
- Daivadanam, M., Absetz, P., Sathish, T., Thankappan, K., Fisher, E., Philip, N.,... Oldenburg, B. (2013). Lifestyle change in Kerala, India: Needs assessment and planning for a community-based diabetes prevention trial. *BMC Public Health*, 13, 95. doi:10.1186/1471-2458-13-95
- Daniele, T. M. D. C., Bruin, V. M. S. D., Oliveira, D. S. N. D., & Pompeu, C. M. R. (2013). Associations among physical activity, comorbidities, depressive symptoms and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 57, 44-50. doi:10.1590/S0004-27302013000100006
- Delahanty, L., Conroy, M., Nathan, D., & The Diabetes Prevention Program Research Group. (2006). Psychological predictors of physical activity in the diabetes prevention program. *Journal of the American Dietetic Association*, 106, 698-705. doi:10.1016/j.jada.2006.02.011

- Dyck, D., Greef, K., Deforche, B., Ruige, J., Locke, C., Kaufman, J.,... Bourdeauhuij, I. (2011). Mediators of physical activity change in a behavioral modification program for type 2 diabetes patients. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 105.
- Eckert, K. (2012). Impact of physical activity and bodyweight on health-related quality of life in people with type 2 diabetes. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and therapy*, 5, 303. doi:10.2147/DMSO.S34835
- Ewles, L., & Simnett, I. (1999). *Promoting health: A practical guide*. London: Harcourt Brace.
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardorfer, R., Kegler, M., Zhu, Y. & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 14, 66. doi:10.1186/1471-2296-14-66
- Goodarzi, M., Ebrahimzadeh, I., Rabi, A., Saedipoor, B., & Jafarabadi, A. (2012). Impact of distance education via mobile phone text messaging on knowledge, attitude, practice and self-efficacy of patients with type 2 diabetes mellitus in Iran. *Journal of diabetes and metabolic disorders*. 11, 10. doi:10.1186/2251-6581-11-10
- Gould, D., Greenleaf, C., Lauer, L., & Chung, Y. (1999). Lessons from Nagano. *Olympic Coach*, 9, 2-5.
- Grandy, S., Fox, K. M., & Bazata, D. D. (2012). Association of self-reported weight change and quality of life, and exercise and weight management behaviors among adults with type 2 diabetes mellitus: the SHIELD study. *Cardiology Research and Practice*, 2012. doi:10.1155/2012/892564
- Green, A. J., Fox, K. M., & Grandy, S. (2010). Impact of regular exercise and attempted weight loss on quality of life among adults with and without type 2 diabetes mellitus. *Journal of Obesity*, 2011. doi:10.1155/2012/892564
- Ismail, H. (2011). Self-rated health and factors influencing responses among young Egyptian type 1 diabetes patients. *BMC Public Health*, 11, 216 doi:10.1186/1471-2458-11-216
- Jewell, D. V. (2007). *Guide to evidence-based physical therapist practice*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- King, D., Estabrooks, P., Faber, A., Glasgow, R., Osuna, D., Strycker, L., & Toobert, D. (2010). Self-efficacy, problem solving, and social-environment support are associated with diabetes self-management behaviors. *Diabetes Care*, 33, 751-753.
- Kluding, P., Bracciano, S., Curry, N., Goetz, J., Rucker, J., & Singh, R. (2010). Feasibility and effectiveness of a pilot health promotion program for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 36, 595-692. doi:10.1177/0145721710370718
- Liu, S., Bi, A., Fu, D., Fu, H., Luo, W., Ma, X., & Zhuang, L. (2012). Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 12, 1043. doi:10.1186/1471-2458-12-1043
- Lorig, K., Case, S., Green, M., Jernigan, V., Laurent, D., Plant, K., & Ritter, P. (2010). Online diabetes self-management program: A randomized study. *Diabetes Care*, 33, 1275-1281. doi:10.2337/dc09-2153
- McAuley, E., Courneya, K. S., Rudolph, D. L., & Lox, C. L. (1994). Enhancing exercise adherence in middle-aged males and females. *Preventive Medicine*, 23, 498-506. doi:10.1006/pmed.1994.1068
- Mishali, M., Omer, H., & Heymann, A. (2011). The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family practice*, 38, 82-87. doi:10.1093/fampra/cm086

- Naik, A., Palmer, N., Petersen, N., Street Jr., R., Rao, R., Almazor, M., & Haidet, P. (2011). Comparative effectiveness of goal setting in diabetes mellitus group clinics: Randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 171, 453-459. doi:10.1001/archinternmed.2011.70
- Piette, J. D., Richardson, C., Himle, J., Duffy, S., Torres, T., Vogel, M., ... Valenstein, M. (2011). A randomized trial of telephone counseling plus walking for depressed diabetes patients. *Medical Care*, 49, 641. doi:10.1097/MLR.0b013e318215d0c9
- Quah, J. H., Luo, N., Ng, W. Y., How, C. H., & Tay, E. G. (2011). Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Annals of the Academy of Medicine-Singapore*, 40, 276.
- Shaw, J., Sicree, R., & Zimmet, P. (2010). Global estimates of the prevalence of for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 87, 4-14. doi:10.1016/j.diabres.2009.10.007
- Tamari, K. (2009). Diabetes predicts decreased quality of life among community-dwelling seniors undertaking progressive resistance exercise: An observational study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 55, 201-205. doi:10.1016/S0004-9514(09)70082-0
- Tsai, J., Balluz, L., Ford, E., Li, C., & Zhao, G. (2010). Physical activity and optimal self-rated health adults with and without diabetes. *BMC Public Health*, 10, 365. doi:10.1186/1471-2458-10-365
- Vadstrup, E. S., Frølich, A., Perrild, H., Borg, E., & Røder, M. (2011). Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation versus individual counselling. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 110. doi:10.1186/1477-7525-9-110
- Van der Heijden, M., Pouwer, F., Romeijnders, A., & Pop, V. (2012). Testing the effectiveness of self-efficacy based exercise intervention for inactive people with type 2 diabetes mellitus: Design of a controlled clinical trial. *BMC Public Health*, 12, 331. doi:10.1186/1471-2458-12-331
- Wangberg, S. (2008). An internet-based diabetes self-care intervention tailored to self-efficacy. *Health Education Research*, 33, 170-179. doi:10.1093/her/cym014
- World Health Organization. (1999). *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: Report of a WHO Consultation*. Geneva: WHO.

INDICADORES DE COMPORTAMENTO RESILIENTE DE HABITANTES DO AMAZONAS

Mayla Luzia Algayer Peluso, Fabiana Soares Fernandes ✉, Suely A. do Nascimento
Mascarenhas e Juliana da Silva

Universidade Federal do Amazonas/Brasil

O presente trabalho apresenta informações sobre o fenômeno psicológico da Resiliência com base na psicologia positiva e da saúde, segundo Rezende, Estefan e Utchitel (2012) a Resiliência refere-se à capacidade do ser humano de agir de forma favorável diante das adversidades encontradas ao longo do seu desenvolvimento. Ou seja, é um fenômeno psicológico que se caracteriza pela capacidade que os seres humanos possuem para enfrentar, vencer e serem fortalecidos ou transformados pelas experiências e adversidades, ou ainda, um conjunto de processos que possibilitam ao ser humano mecanismos que auxiliam na resolução ou na superação de situações problemas.

Dessa forma, a Resiliência não deve ser confundida com o fenômeno da Invulnerabilidade, que como o próprio nome sugere, diz respeito à capacidade de não ser afetado por possíveis adversidades, de modo que se não há a exposição ao risco não é possível haver Resiliência, já que esta só acontece quando a pessoa é exposta a adversidade e consegue ultrapassá-la, como exemplificado por Infante:

A adaptação positiva permite identificar se houve o processo de resiliência. A adaptação pode ser considerada positiva quando o indivíduo alcançou expectativas sociais associadas a uma etapa de desenvolvimento, ou quando não houve sinais de desajuste. Em ambos os casos, se a adaptação positiva ocorre, apesar da exposição à adversidade, considera-se um adaptação resiliente (Melillo & Ojeda, 2005, p. 27).

Portanto devido a suas características a Resiliência pode ser considerada um fenômeno singular, tendo em vista que diante de uma adversidade ou situação de risco ela poderá ou não se manifestar, de maneira que isso irá depender do quanto tal situação irá afetar o indivíduo, ou seja, em um grupo de pessoas expostos ao mesmo risco poderá haver aqueles que não serão afetados; aqueles que se afetarão e não irão conseguir recuperar-se; aqueles que após serem afetados pelo trauma irão recompor-se e voltar ao seu estado normal, se realizando o processo de resiliência.

Contudo, não podemos falar da Resiliência em si sem explicarmos como de fato ela ocorre, deste modo torna-se necessário abordar os chamados “Fatores de Risco e Proteção” que são pontos fundamentais desse processo. Os fatores de risco são situações que quando presentes aumentam a possibilidade do indivíduo ter problemas psicológicos, físicos ou sociais, como a falta de acesso à educação, saúde e saneamento

✉ - Fabiana Soares Fernandes, Rua 29 de Agosto, 786, Centro. Humaitá/Amazonas/Brasil. CEP: 69800-000,
Email: fabianafernandes2801@gmail.com

básico, bem como a exposição a desastres naturais, violência, dentre outros. Ressaltando que, o que vai determinar um fator de risco é a maneira como os indivíduos lidam com as situações de adversidade, sendo assim o que é um risco para um pode não ser para o outro.

Outro ponto relevante é o fato de que nem toda situação será sempre um fator de risco, pois devemos considerar a evolução e amadurecimento do ser humano, conforme Silva e Sachuk (2012):

Os impactos do risco sobre as pessoas, também variam em função dos distintos momentos de suas vidas, pois o risco é pensado como um processo. Isto é, as pessoas ao se defrontarem com um fator de risco, agem e se comportam de maneiras diferentes, em face dos distintos momentos de suas vidas. Em decorrência do momento/situação que as pessoas vivenciam ao se defrontarem com um fator de risco, por vezes, elas passam a compreender a vida de outra maneira (Silva & Sachuk, 2012, p. 03).

Essa mudança de comportamento em relação aos Fatores de Risco é natural e pode estar associada aos Fatores de Proteção tanto internos quanto externos. Tendo em vista que os Fatores de Proteção são entendidos como situações que neutralizam ou minimizam os efeitos negativos das adversidades vivenciadas pelos sujeitos, conforme Sapienza e Pedromônico (2005) “o suporte social e um autoconceito positivo deve servir de proteção contra os efeitos de experiências estressantes” (p. 213). Demonstrando novamente o quanto o fenômeno da Resiliência é singular aos sujeitos.

Dessa forma pesquisas que se destinem a estudar este fenômeno possuem grande relevância, sobretudo pelas características da Resiliência, de maneira que um mesmo estudo aplicado em contextos variados pode ter resultados totalmente diferentes. Sendo assim, nossa intenção neste momento é apresentar os resultados parciais de nossa pesquisa, coletados apenas em uma parte da amostra estimada, para futuramente observarmos se os dados aqui apresentados sofrerão modificações significativas.

MÉTODO

Seguindo os objetivos da pesquisa optou-se por uma metodologia quantitativa, tendo em vista o desejo de alcançar uma grande parcela de indivíduos que residem no estado do Amazonas-Brasil.

Participantes

A amostra constitui-se de $N=49$ sujeitos, que são habitantes do estado do Amazonas/Brasil, incluindo integrantes de comunidades e povos tradicionais, sendo que destes 59,7% são do sexo feminino e 40,3% do sexo masculino, no que se refere à faixa etária 42,8% são jovens adultos; 56% são adultos e 1,2% são da terceira idade. No que diz respeito à Etnia, 28,2% se declararam brancos; 11,7% negros; 18,5% declaram-se como indígenas; 31,8% como pardos; e 9,8% afirmaram possuir outras etnias. Resultados esses que condizem com a diversidade do povo brasileiro. No que se refere ao nível socioeconômico os dados também são significativos, tendo em vista 30,6% dos participantes declararam não possuir renda; 25,8% pertencem a classe baixa; 25% são da classe média baixa; 16,6% são de classe média; 2,0% são de classe média alta. Evidenciando não apenas uma significativa diferença na condição socioeconômica dos integrantes da amostra, mas também a abrangência da pesquisa.

Material

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário com questões destinadas a constituírem um perfil dos participantes, desde o sexo e faixa etária, até

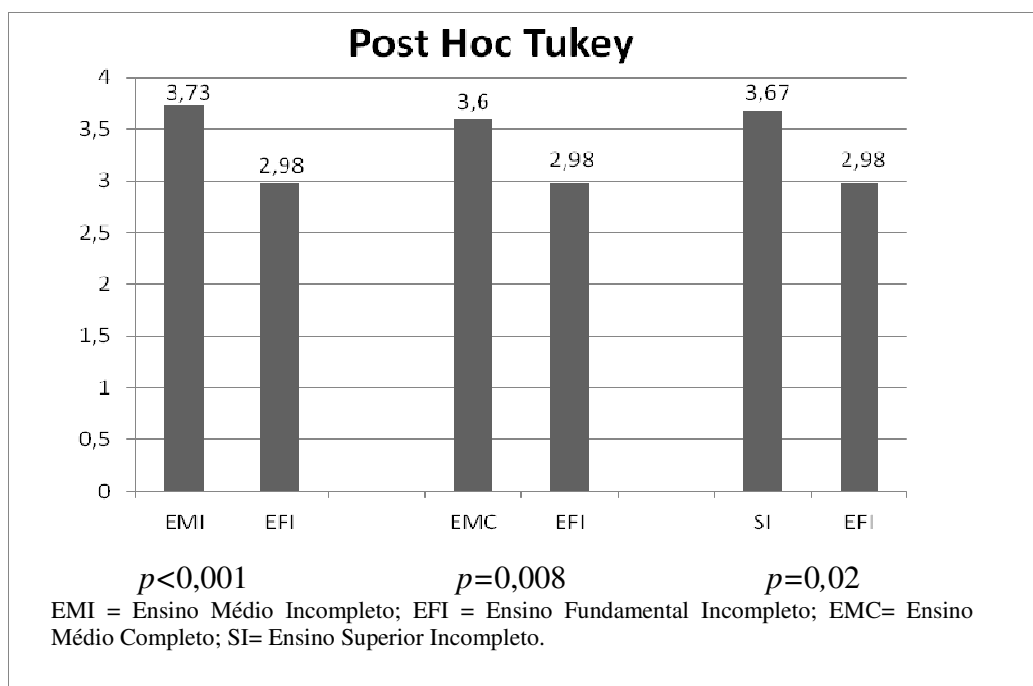
dados socioeconômicos, e a Escala Breve de Coping Resiliente (Ribeiro & Moraes, 2010).

Procedimento

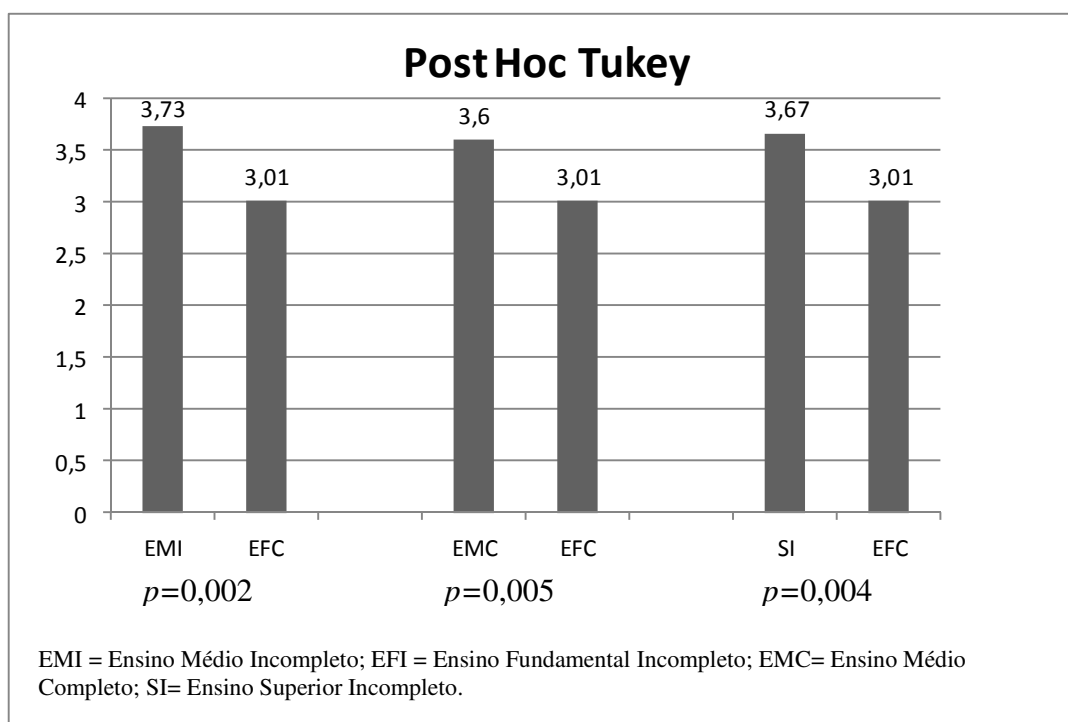
Os participantes da pesquisa foram escolhidos de maneira aleatória, e após a coleta dos dados foi utilizado o do programa SPSS versão 15.0 para o Windows para a análise dos resultados.

RESULTADOS

Foi realizada a Análise de Variância Univariada e o nível de escolaridade teve um efeito estatisticamente significativo e de média dimensão ($F(18,216)=5,11$; $p<0,001$; $\eta^2p=0,148$; $\pi=1,0$) sobre a resiliência. De acordo com o teste Post Hoc Tukey HSD, as diferenças encontram-se entre o Ensino Fundamental Incompleto ($M=2,98$; $DP=1,56$) e Ensino Médio Incompleto ($M=3,73$; $DP=0,96$); Ensino Fundamental Incompleto ($M=2,98$; $DP=1,56$) e Ensino Médio Completo ($M=3,60$; $DP=1,05$); Ensino Fundamental Incompleto ($M=2,98$; $DP=1,56$) e Ensino Superior Incompleto ($M=3,67$; $DP=1,20$), conforme o gráfico a seguir:



O Ensino Fundamental Completo ($M=3,01$; $DP=1,44$) também apresentou diferenças estatisticamente significativas quando comparado com: Ensino Médio Incompleto ($M=3,73$; $DP=0,96$); Ensino Médio Completo ($M=3,60$; $DP=1,05$); Ensino Superior Incompleto ($M=3,67$; $DP=1,20$) conforme pode ser observado no gráfico abaixo:



Dessa forma os resultados parciais indicam que o nível de escolaridade influencia significativamente na capacidade de resiliência dos participantes da pesquisa, demonstrando que o grau de conhecimento pode auxiliar na superação de adversidades. Sendo assim nosso desafio nesse momento é entender o porquê dessa influência.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que os participantes da pesquisa com um maior nível de escolaridade tem um comportamento mais resiliente diante das adversidades. Dessa forma podemos supor que no que diz respeito à amostra em estudo, a escolaridade age como um Fator de Proteção, neutralizando ou auxiliando no controle dos Fatores de Risco.

É fato que quanto mais tempo um indivíduo passa na escola mais conhecimento ele adquire, e como todos sabem o conhecimento é algo fundamental para que possamos compreender e agir sobre uma situação problema. Ou seja, o grau de escolaridade pode influenciar na maneira como as pessoas percebem o meio em que estão inseridos, auxiliando na construção de estratégias eficazes na resolução de problemas ou na superação de adversidades.

Outra hipótese associa-se a questão da autoestima dos participantes, tendo em vista o contexto em que estão inseridos. O fato de se alcançar um maior nível escolar pode ser encarado como motivo de orgulho na comunidade e, como já foi dito, a autoestima positiva é um dos fatores internos que contribuem para a Resiliência ou ainda segundo Melillo e Ojeda, (2005) seria o ponto de partida neste processo.

Todavia, não é possível estabelecermos com exatidão como a escolaridade de fato influencia no processo de Resiliência dos participantes, sobretudo porque se tratando de um estudo quantitativo não foi realizado um acompanhamento dessas pessoas, a fim de se compreender como se deu o processo de Resiliência, que como mencionamos é singular e depende de muitos fatores. Conforme Poletto e Koller (2011) “os fatores de risco e proteção devem ser investigados dentro do contexto de vida do indivíduo,

principalmente porque um fator de proteção pode futuramente transformar-se em um risco” (p.34).

Por se tratar da apresentação dos dados parciais de nossa pesquisa podemos constatar apenas que um maior nível de escolaridade pode influenciar no fenômeno da Resiliência entre os componentes da amostra, de modo que a continuação da pesquisa torna-se necessária, bem como a elaboração de novas hipóteses associadas ao comportamento resiliente dos habitantes do Amazonas-Brasil, incluindo povos e comunidades tradicionais.

A continuação da investigação poderá trazer novos dados, pois como vimos, a Resiliência é um fenômeno complexo devido as suas peculiaridades que estão atreladas a fatores internos e externos dos indivíduos, devendo ser avaliada com cuidado. Além disso, o fato da própria pesquisa ter um caráter inovador ao se dispor a levantar hipóteses sobre a Resiliência com tais participantes, que habitam em uma região que é frequentemente marginalizada e esquecida no Brasil, merece ampliação e aprofundamento das discussões.

REFERÊNCIAS

- Melillo, A., & Ojeda, E. N. S. (Orgs.) (2005). *Resiliência: Descobrimos as próprias fortalezas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Resiliência: Perspectiva conceitual e histórica. In D. Dell’Aglia, S. H. Koller, M. Â. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco a proteção*. (pp.131-140) São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Rezende, A. A., Estefan, A. C. T. A., & Utchitel, A. (2012). Resiliência: Um processo ativado e situações adversas? *Littera: docente e discente*, 2, 1-11. Disponível em: <http://www.litteraemrevista.org/ojs/index.php/Littera/article/view/39/36>
- Silva, A. L., & Sachuk, M. I. (2012). A transformação dos fatores de proteção em mecanismos de defesa no contexto organizacional: O caso dos funcionários de uma instituição financeira. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnEO/eneo_2012/2012_ENEO34.pdf
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 10, 209-216. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>

INDICADORES DE AFETIVIDADE POSITIVA E NEGATIVA DE HOMENS E MULHERES DO AMAZONAS/BRASIL

Mayla Luzia Algayer Peluso 1, Lerkiane de Moraes 1, Fabiana Soares Fernandes  1, Suely A. do Nascimento Mascarenhas 1 e José Luís Pais Ribeiro 2

1-Universidade Federal do Amazonas/Brasil; 2- Universidade do Porto/ Portugal

Em nosso contexto atual de sociedade homens e mulheres não definem mais papéis rígidos e definitivos como em uma sociedade tradicionalista, ao que se deve, principalmente, ao novo modelo capitalista de mercado. A mulher deixa de representar apenas o papel de mãe e esposa, indo além dos espaços da vida privada, para desempenhar também o papel de provedora, ocupando espaços públicos no mercado de trabalho. Mas quais seriam as consequências dessa inserção social para a subjetividade das pessoas, como as emoções desses indivíduos reagem diante da gama de variáveis que afetam o seu cotidiano? Em nossa pesquisa destacamos as percepções de afeto perante tais apontamentos, buscando em seus níveis de afetividades (Positiva e Negativa) resultados empíricos que comprovem a diferenciação de afetos entre homens e mulheres e seus possíveis motivos.

Mas o que são as afetividades Positivas e Negativas, a que sentimentos e/ou percepções elas se referem. Segundo Snyder e Lopez (2009), o afeto corresponde a uma resposta fisiológica imediata a um estímulo e geralmente se baseia em uma sensação que beira a excitação, mais especificamente, o afeto envolve a avaliação de um evento como prazeroso ou doloroso, dá-se nessa diferenciação o negativo ou o positivo. De acordo com Finquer (2006), o afeto positivo corresponde a um contentamento “hedônico puro experimentado” em determinada situação que se relaciona com um estado de atenção, de entusiasmo e de criatividade. É um sentimento transitório de prazer ativo, mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo. Já o afeto negativo refere-se a um estado que também é transitório, mas, que incluem emoções desagradáveis como ansiedade, depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo, medo e outros sintomas psicológicos afetivos e angustiantes. Como dimensões do Bem-estar subjetivo, estes dois constructos, apesar de representarem fatores afetivos opostos, se correlacionam frequentemente com variáveis distintas, no entanto, apresentam um distanciamento muito frágil, ou seja, estudos que consideram ambos os afetos permitem conclusões mais características e relativas aos determinantes e consequências dos dois tipos de afeto. Diversos estudiosos do tema afirmam que tanto os afetos positivos, quanto os afetos negativos podem proporcionar o desencadeamento de diversos fatores que influem em aspectos da saúde mental e física dos indivíduos e que esses reagem de maneiras diferentes aos estímulos gerados por pelos afetos, dependendo de sua carga emocional. Essas diferenciações na percepção ficam ainda

 - Fabiana Soares Fernandes, Rua 29 de Agosto, 786, Centro, Humaitá/Amazonas/Brasil. CEP: 69800-000.
Email: fabianafernandes2801@gmail.com

mais evidentes quando tratamos da diferença entre os sexos, ou seja, na percepção de homens e mulheres sobre seus afetos.

A afetividade de homens e mulheres e suas diferenciações permeiam vários campos de estudos em nosso contexto atual. Estudos sociológicos como o de Lemme (2000) refletem sobre a afetividade em diferentes contextos históricos e apontam que as variações desses contextos favoreceram mais ou menos a (s) simetria nas relações de gênero heterossexuais. Valores culturais, formas de sociabilidade e a organização das relações de trabalho em diferentes contextos econômicos repercutem também nos diferentes arranjos familiares e domésticos que se associaram a diferentes concepções de afetividade. Sendo a ênfase dessas diferenciações resultantes de questões de desenvolvimento histórico-social, como a industrialização e o capitalismo, passa então a afetividade a se relacionar na maioria das vezes com os aspectos econômicos e de classe. Sendo essa diferenciação histórica muitas vezes invocada para justificar práticas relacionadas com as posições desiguais que os homens e as mulheres ocupam na sociedade. Podemos então afirmar que homens e mulheres percebem as situações de afetos de maneiras diferentes, influenciados pelo contexto histórico em que se inserem, construindo assim uma relação entre seus afetos e sua identidade histórico-cultural, sua posição e atuação social.

A nossa pesquisa vem tratar dessas diferenças buscando apontá-las dentro de determinado contexto e compreende-las, para tal se vale de uma metodologia baseada em conceitos positivistas. Tem por objetivo analisar as afetividades considerando o sexo dos indivíduos.

METODO

O propósito maior de uma pesquisa positivista é, justamente, explicar a ocorrência de um determinado fenômeno. Para tanto, são utilizados nesse tipo de pesquisa, métodos eminentemente quantitativos, ou seja, ancorados em números que tentam, tão somente, representar uma realidade temporal observada (Lakatos & Marconi, 2007). Este enfoque metodológico tem como um de seus principais instrumentos o questionário, através desse instrumento de pesquisa é realizada a coleta de dados, onde por meio de análise estatísticas se dão os resultados dos quais surgem às induções que confirmam ou não as hipóteses iniciais do pesquisador.

Participantes

Participaram 544 habitantes do Estado do Amazonas no Brasil, sendo que desses 32 % residem no Município 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 idades entre 18 e 25 anos); 34,6 % Adultos (com idades 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 % caboclos⁶ e 2,6 % não especificaram a etnia.

Material

O instrumento para coleta de dados utilizado neste trabalho, configura uma versão adaptada da Escala PANAS (Positive and Negative Affect Schelude) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; Tradução e adaptação para o português por Galinha, e Pais-Ribeiro, 2005: Adaptação no Brasil por, Mascarenhas, 2009). Em nossos estudos ficam mantidas

⁶ O caboclo é a mistura do índio com o branco que resultou na maioria da população da região Norte do Brasil e de alguns estados do Nordeste. Na contagem Populacional do Brasil os caboclos também são considerados “pardos”, daí existir uma dificuldade em quantificar esse grupo.

as características essenciais e estruturais da Escala com formato *likert* de 5 pontos sendo: 1, se experimentou esse sentimento ou emoção “muito pouco ou nada”; 2 se os experimentou “um pouco”, 3 se mais ou menos, 4 se muito e 5, se muitíssimo. Contendo agora 22 itens, quando as diferenciações se apresentam nos termos utilizados em cada item, necessárias para adequações dos termos utilizados, de acordo com o contexto regional e cultural em que se aplica nossa pesquisa.

Procedimento

A análise e tratamento dos dados se desenvolveram com o auxílio do programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo para sua fundamentação e discussão.

RESULTADOS

Da ANOVA realizada, em relação ao sexo temos um efeito, embora de pequena dimensão, mas com alta significância estatística e uma potência de teste muito boa (Traço Pillai = 0,03; $F(2,535) = 8,37$; $p < 0,001$; $\eta^2p = 0,03$; $\pi = 0,97$). Na dimensão Afetividade Negativa as mulheres apresentaram scores mais elevados do que os homens ($M = 2,65$; $DP = 0,76$; $M = 2,39$; $DP = 0,72$, respectivamente).

Quadro 1

Análise de Variância da Afetividade e Sexo: Valores de F, P, Partial Eta Square, Médias e Desvio Padrão da dimensão com diferença significativa.

Dimensões	η^2p	$F(59,19)$	p	Feminino $M - DP$	Masculino $M - DP$	Diferenças
Afetividade						
Positiva	0,05	0,71	0,91			
Afetividade						
Negativa	0,15	1.50	0,01	2,65 - 0,76	2,39 - 0,72	Fem > Masc

Fonte: Base de dados do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq.

DISCUSSÃO

Podemos verificar que a população feminina demonstra maior índice de afetividade negativa, ou seja, as mulheres dessa população se percebem mais frequentemente nervosas, medrosas ou agitadas, entre outros sintomas psicológicos de afetos negativos. Embora neste momento demos por alcançados os objetivos de diagnóstico dos indicadores de afetividades em nosso trabalho, nada impede que realizemos algumas reflexões sobre as possíveis causas dessa diferenciação, pois como citamos anteriormente, homens e mulheres se diferenciam em seus afetos de acordo com o contexto histórico-social e cultural em que se inserem. Então qual a diferença social, histórica e cultural que pode ter provocado o índice de negatividade feminina nesta população?

Observando que vivemos em uma sociedade de consumo, podemos iniciar a busca por esta resposta através dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE, 2010) que apontam uma diferença salarial de 33% a mais para os homens, ou seja, as mulheres recebem salários mais baixos mesmo exercendo o mesmo cargo que os homens. Essa diferença salarial representa mais do que um dado atual de estatística, ela representa um histórico de repressão e submissão feminina que decorre deste o período colonial. Quando a mulher tinha a sua vida social e pessoal nas mãos de seu pai ou de seu marido, sendo este bem escolhido pelos cuidados paterno. As heranças deste passado ainda

marcam a atuação feminina na sociedade moderna. Mesmo agora, a mulher carrega resquícios de um estigma de fragilidade e de submissão e o que simbolizava no início da república um ideal de liberdade, tornou-se, para muitas, sinônimo de vulnerabilidade e abandono. Quando ao adotar funções antes ditas masculinas passam por situações de preconceitos e de perseguição (Euzébios, 2011).

Sem contar que para esta mulher a carga emocional ao ter que adaptarem-se as exigências de mercado, dando conta de suas funções como mãe, e muitas vezes ainda, como esposa, cuidando dos afazeres do lar, pode representar um fardo cansativo e pesado. Ou ainda, tendo que representar uma figura rígida e fria, deixando de lado seus relacionamentos sociais, para alcançar ou manter uma posição de *status* que almeja, levando-a a seu limite emocional, entre outras situações cotidianas que exigem da mulher uma constante comprovação de suas capacidades. Podemos verificar nestes poucos parágrafos, diversos fatores que possivelmente justificam a afetividade negativa, apresentadas pelas mulheres desta população, provavelmente compartilhadas por mulheres de outras localidades, entre outros que sugerem a continuidade de nossos estudos neste tema.

Considerando a totalidade das informações aqui apresentadas e analisadas, podemos afirmar que os indicadores de afeto positivo e de afeto negativo dos participantes da amostra que habitam contextos sociais do interior amazônico representam diferenciações de acordo com o sexo destes. Sendo que essa diferenciação refere-se às percepções de afetividades femininas pendendo para negatividade. Assim podemos afirmar que as mulheres desta população apresentar maiores indicativos de afetividade negativa.

Destacando que a pesquisa atingiu o objetivo preliminar de diagnosticar e apontar os indicadores de afetividade positiva e afetividade negativa, em associação com o sexo dos indivíduos residentes nas localidades pertencentes ao Estado do Amazonas/Amazônia/Brasil, sinalizamos para a continuidade de estudos e pesquisas neste domínio e cenário histórico e sociocultural amazônico. Pois, através dessas informações e suas relações com o modo de viver e representar a realidade da vida por parte dos habitantes do contexto da Amazônia brasileira constatou-se nesta conjuntura um promissor campo de pesquisa no domínio das ciências humanas.

Agradecimentos

apoio do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq. Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq.

REFERÊNCIAS

- Euzébios, F. A. (2011). *Psicologia e desigualdade social*. Curitiba: Juruá.
- Fiquer, J. T. (2006). *Bem-estar subjetivo: influência de variáveis pessoais e situacionais em auto-relatos de afetos positivos e negativos*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.
- 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.
- Instituto Brasileiro de Geografia (2010). Banco de Dados Agregados. *Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 out. 2013.

- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2007). *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas.
- Leme, M. C. S., & Wajnman, S. (2000). Tendências de coorte nos diferenciais de rendimento por sexo. In: R. Henriques (Ed.), *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- 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, 1063-1070. doi:org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

EVENTOS DE PROMOÇÃO DA ACTIVIDADE FÍSICA: NECESSIDADE OU REDUNDÂNCIA?

Cláudia Carvalho[✉] e Diana Barja

ISPA – Instituto Universitário, Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde, Lisboa, Portugal

O aumento da população com mais de 65 anos é um fenómeno notório em toda a Europa. Em Portugal, num período de 10 anos (2001-2011) verificou-se uma redução da população entre os 0 e 14 anos de idade (jovens), bem como entre os 15 e 24 anos de idade (jovens em idade activa) de 5,1% e 22,5%, respectivamente. Inversamente, a população com mais de 65 anos aumentou cerca de 19,4% (Instituto Nacional de Estatística, 2011). De acordo com a base de dados PORDATA (2011) Portugal está entre os dez países mais envelhecidos da Europa no ano de 2011.

Este aumento da população com mais de 65 anos tem levado a preocupação com esta faixa etária (e.g., Faria & Marinho, 2004; Moore, Mitchell, Beets, & Bartholomew, 2012; Padez, 2002), uma vez que vive-se mais, mas pretende-se que seja com qualidade de vida. A prática de Actividade Física (AF) poderá ser um importante contributo para a qualidade de vida (Faria & Marinho, 2004; Rejeski & Mihalko, 2001). A actividade física é definida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013b) como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num aumento substancial do gasto energético, nomeadamente a execução das actividades domésticas, caminhadas, jardinagem, deslocação até ao local de trabalho, e quaisquer outras actividades que despendam gasto energético. Tem sido sugerido que a prática regular de AF pode reduzir os sintomas das co-morbilidades associadas ao envelhecimento que afectam o sistema musculo-esquelético, circulatório e cardiovascular (Moore, et al., 2012). Contudo, de acordo com o Eurobarómetro (TNS Opinion & Social, 2010), na população europeia com mais de 70 anos a prevalência de pessoas que afirmam nunca praticar AF é de 27%, sendo Portugal referido como um dos países da União Europeia onde os seus habitantes menos praticam actividade física: 36% dos portugueses admitem nunca a praticar. Como é sabido, a inactividade física é um dos factores de risco modificáveis da Doença Cardiovascular (DCV). As DCV são responsáveis por cerca de 30,4% dos óbitos em Portugal, sendo a primeira causa de morte (PORDATA, 2013). Mundialmente cerca de 17,3 milhões de pessoas (30%) em 2008 morreram devido às DCV (WHO, 2013a). De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (Direcção Geral de Saúde, 2006), as DCV são também uma das mais importantes causas de internamento hospitalar, incapacidade,

✉ - Cláudia Carvalho, ISPA-Instituto Universitário, Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, Portugal, E-mail: claudia.carvalho@ispa.pt

invalidez e anos potenciais de vida precocemente perdidos. Estas graves consequências para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde determinam que as DCV sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública que devem ser objecto de intervenção primárias e secundária (Direcção Geral de Saúde, 2006). Neste sentido a Fundação Portuguesa de Cardiologia em parceria com o Estádio Universitário de Lisboa (EUL), realiza anualmente, desde 2005, o “Desafio do Coração” (DC). Esta iniciativa consiste num passeio orientado, durante o qual todos os participantes visitam vários postos de controlo e os técnicos de saúde que aí se encontram sensibilizam os participantes para a prática de AF e para uma alimentação saudável (através da distribuição de folhetos informativos), como ainda avaliam alguns factores de risco de DCV (e.g., medição da tensão arterial, glicémia ocasional, altura e peso). Os participantes para receberem um brinde têm de percorrer os 21 postos num percurso pedestre do EUL (Carvalho, Morais, & Encantado, 2012; Fundação Portuguesa de Cardiologia, s.d.).

Estudos indicam que estes eventos de promoção da AF são percepcionados como benéficos, no entanto não conseguem atingir a mudança do comportamento de modo significativo (Beaudoin, Fernandez, Wall, & Farley, 2007; Cavill & Bauman, 2004; Owen, Bauman, Booth, Oldenburg, & Magnus, 1995) e sugerem que quem participa nestes eventos já pratica de forma regular AF tornando assim o evento redundante. Contudo, a literatura sobre este tópico é bastante escassa. Num estudo anterior realizado no Desafio do Coração (DC) em 2011 (Carvalho, et al., 2012), verificou-se que cerca de 7 em cada 10 participantes no DC (homens e mulheres entre os 15 e 86 anos ($M=45$, $DP=19,94$) praticavam AF ou actividades desportivas regularmente (i.e., uma a quatro vezes por semana). O presente estudo pretendia inicialmente replicar e confirmar os resultados encontrados no estudo anterior recolhidos na edição do DC de 2011. Contudo, na edição de 2013 encontrámos uma maior prevalência de participantes com mais de 65 anos relativamente ao DC de 2011 (21,2% de indivíduos maiores de 65 anos em 2011 vs 41,3% em 2013), o que inviabilizou a comparação pretendida. Efectivamente a literatura sugere que parece haver uma tendência para estes eventos de promoção de AF atraírem cidadãos séniores (Owen, et al., 1995). Assim, optou-se por analisar os dados recolhidos junto dos maiores de 65 anos que acorreram às duas edições deste evento com o objectivo de conhecer e caracterizar os hábitos de prática de AF e alguns dados clínicos (i.e., índice de glicémia, tensão arterial e Índice de Massa Corporal - IMC) nos maiores de 65 anos que visitaram este evento na duas edições em 2011 e 2013.

MÉTODO

Participantes

Inquiriram-se 114 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos ($M=73,2$; $DP=5,96$). Trinta e cinco (30,7%) são homens e 79 (69,3%) mulheres, residentes na sua maioria no distrito de Lisboa e na região da Grande Lisboa (86%; $n=98$) e os restantes no distrito de Setúbal (14%); 91,2% dos participantes encontram-se em situação de reforma, 7% estão empregados e 1,8% encontram-se noutra situação (e.g., baixa médica). A maioria são casados (57,9%), sendo 28,8% viúvos, divorciados (8,8%) ou solteiros (4,4%). A maioria vive com o cônjuge (56,1%), ou só (30,7%). Vinte e quatro questionários foram recolhidos em 2011 e 90 questionários em 2013.

Material

Aplicou-se o questionário anteriormente utilizado no DC em 2011 (Carvalho, et al., 2012) onde se inquiram questões referentes à prática da AF: se pratica habitualmente AF ou não; o local onde pratica, o tipo de actividade praticada; a frequência com que a

actividade é praticada (número de vezes por semana) e o tempo (em minutos) despendido em cada sessão.

Os participantes foram inquiridos sobre a sua altura e peso (para cálculo do IMC), glicémia ocasional e tensão arterial, sendo estes dados clínicos recolhidos nos vários postos disponíveis no evento por técnicos de saúde e relatados voluntariamente pelos participantes aos entrevistadores. Foram ainda registados os seguintes dados de caracterização sociodemográfica: sexo, idade, concelho de residência, estado civil, coabitação, habilitações literárias e situação profissional. No questionário de 2013 acrescentaram-se questões acerca da frequência de eventos de promoção da saúde: “É a primeira vez que participa no DC?”; “Em quantas edições já participou?” e “Costuma participar neste tipo de eventos?”.

Procedimento

A recolha dos dados decorreu no recinto do EUL, ao ar livre. Os participantes eram abordados pelos entrevistadores, devidamente identificados como investigadores do ISPA, no recinto do EUL. Existiam disponíveis no recinto postos devidamente identificados com técnicos de saúde que recolhiam alguns indicadores biométricos e clínicos a quem aí se dirigisse voluntariamente, nomeadamente glicémia ocasional, tensão arterial, altura e peso. Os entrevistadores solicitaram aos participantes que revelassem voluntariamente essa informação previamente recolhida, sendo que a recusa não impedia a resposta ao restante questionário. A participação neste estudo foi voluntária sem qualquer retribuição financeira ou outra. O tipo de amostragem é não probabilístico por conveniência. As entrevistas foram realizadas por 5 entrevistadores, todos mestres em psicologia com excepção do segundo autor. Durante toda a duração do evento esteve sempre presente no recinto pelo menos um entrevistador.

RESULTADOS

Prática de Actividade Física

Dos 114 inquiridos apenas 19 (16,7%) não praticam AF; 78% dos participantes praticam AF regularmente e destes 20 indivíduos (17,5%) praticam AF 5 ou mais vezes por semana. A figura 1 mostra a frequência semanal de prática de AF nos inquiridos. Utilizámos como critério de prática de AF o do Eurobarómetro (TNS Opinion & Social, 2010): “prática com alguma regularidade” = 1 a 4 vezes por semana; “prática regular” = mais de 5 vezes por semana. A figura 1 mostra a frequência de prática de AF dos inquiridos deste estudo (DC) por comparação à média da frequência de prática de actividade física reportada no Eurobarómetro (2010) para Portugal em todas as faixas etárias e apenas para os maiores de 70 anos (dados disponíveis apenas para a globalidade de todos os países europeus inquiridos).

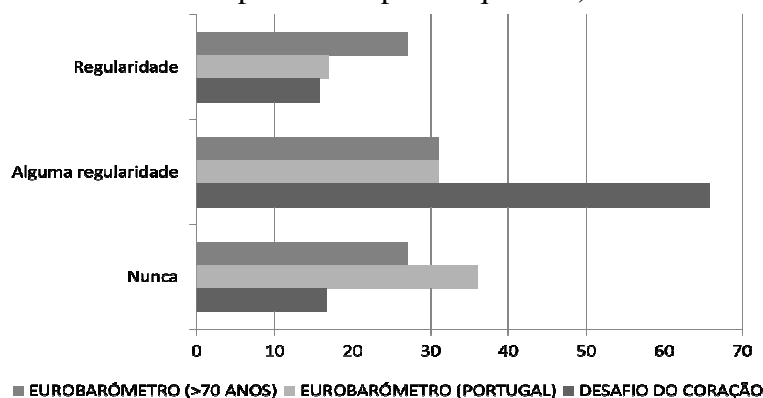


Figura 1. Frequência semanal da prática de Actividade Física

Os dados indicam uma maior percentagem de pessoas a praticar AF com alguma regularidade (1 a 4 vezes por semana) entre os participantes no DC com mais de 65 anos relativamente às duas amostras de referência. Também a percentagem de pessoas que afirma nunca praticar AF é menor nos participantes do DC (16,7%) relativamente às duas amostras de referência (36% na amostra portuguesa do Eurobarómetro e 27% na amostra europeia >70 anos do Eurobarómetro).

Inquiriu-se os 95 participantes do DC com mais de 65 anos que afirmaram praticar AF acerca de quais os locais preferidos para essa prática e quais as actividades praticadas. As figuras 2 e 3 mostram essas preferências, respectivamente, indicando a percentagem de participantes que as escolheram. Destaque-se a preferência por actividades ao ar livre, assinaladas por 31,6% dos inquiridos e ginástica como modalidade preferida por 50,5% dos inquiridos.

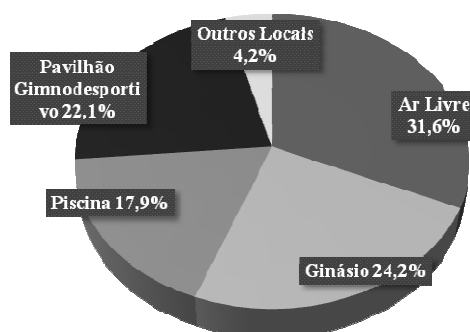


Figura 2. Locais mais frequentes de prática de Actividade Física (N=95)

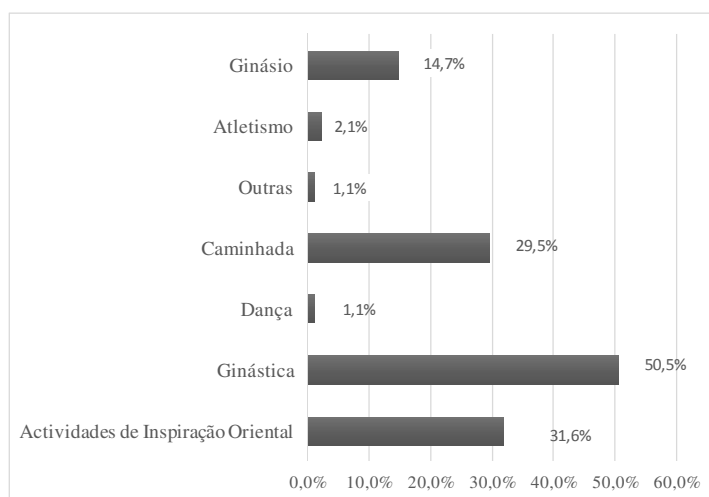


Figura 3. Modalidades de Actividade Física praticadas (N=94)

Dados biométricos e clínicos

Tal como descrito na secção “Procedimento”, foi possível obter dados biométricos e clínicos de alguns dos participantes uma vez que estes estavam a ser registados em postos do evento a quem aí se deslocasse voluntariamente. O quadro 1 apresenta os dados relativos aos indicadores recolhidos, IMC (obtido através da fórmula massa/altura^2), glicémia ocasional e tensão arterial sistólica e diastólica, nos inquiridos. Dado que os resultados obtidos para os parâmetros clínicos e biométricos se revelaram

independentes dos factores prática/ não prática de AF (IMC: $X^2(4)=3,61$; $p=0,46$; glicémia: $X^2(2)=1,10$; $p=0,58$; tensão arterial: $X^2(2)=0,07$; $p=0,21$) e género (IMC: $X^2(4)=8,42$; $p=0,07$; glicémia: $X^2(2)=1,57$; $p=0,46$; tensão arterial: $X^2(2)=0,36$; $p=0,84$), apresentam-se estes dados para a totalidade dos inquiridos. Os valores de referência utilizados são os valores oficiais da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) para o IMC, e de Lépori (2009) para a combinação dos valores de referência da tensão arterial sistólica e diastólica.

Quadro 1

Frequências dos Indicadores Biométricos e Clínicos Recolhidos (IMC, Valores de Glicémia e Tensão Arterial) e Valores de Referência

Indicadores	Valores de referência	Participantes % (n)
Índice de Massa Corporal (kg/m ²) (N=113)	Magro (<18,5)	0,9% (n=1)
	Peso Normal (18,5 a 24,9)	31% (n=35)
	Excesso de Peso (25 a 29,9)	48,7% (n=55)
	Obesidade I (30 a 34,9)	15,9% (n=18)
	Obesidade II (35 a 39,9)	3,5% (n=4)
	Obesidade III (≥ 40)	0
Glicémia (N=34)	Hipoglicémia (≤ 70)	5,9% (n=2)
	Normal (71 a 139)	91,2% (n=31)
	Intolerância à Glucose (140 a 199)	2,9% (n=1)
	Hiperglicémia (≥ 200)	0
Tensão Arterial Sistólica e Diastólica (N=49)	Óptima ($\leq 120/ \leq 80$)	32,7% (n=16)
	Normal (121 a 129/ 81 a 84)	53,1% (n=26)
	Normal Alta (130 a 139/ 85 a 89)	14,3% (n=7)
	Hipertensão ($\geq 140/ \geq 90$)	0

O Quadro 1 revela que a maioria dos participantes apresenta um IMC indicador de excesso de peso e obesidade. Contudo, nos idosos estes valores de referência devem ser interpretados de forma diferente dos adultos mais novos. Efectivamente, com o avanço da idade, ocorrem mudanças corporais de tal forma que a massa livre de gordura diminui e a massa gorda geralmente aumenta (Heymsfield, Wang, Lichtman, Kamen, Kehayias, & Pierson, 1989) sendo armazenada intra-abdominal e intramuscularmente, em vez de subcutaneamente, como no jovem adulto. Assim, tem sido sugerido que um IMC mais elevado a partir dos 65 anos, nomeadamente entre 25 e 27, é um factor protector da osteoporose (Vorvick, 2012) e da mortalidade (Flicker, et al., 2010) sendo um valor desejável. Neste inquérito, 20,2% dos inquiridos apresentam um IMC entre 25 e 27 e 31,6% abaixo de 24,9, resultando em mais de metade dos indivíduos (51,8%) com valores saudáveis de IMC. No que concerne à glicémia ocasional e tensão arterial sistólica e diastólica, a maioria dos participantes, 91,2% dos que avaliaram a glicémia ocasional e 85,7% dos que avaliaram a tensão arterial, apresentam valores considerados normais ou óptimos.

Actividade Física e Dados biométricos e Clínicos

Com base na informação recolhida no inquérito de 2013 acerca do número de sessões semanais e da sua duração, calculámos a AF semanal total em minutos para os indivíduos que reportaram praticá-la (N=95) Verificámos que a o tempo despendido pelos inquiridos a praticar AF varia entre 45 minutos a 1345 minutos por semana, sendo a média de tempo despendida de 150 minutos semanais ($DP=210,02$), o que corresponde aos valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (WHO,

2010). A correlação de Pearson entre o tempo total de AF praticado e o IMC revelou-se moderada e significativa ($r=-0,233$; $p<0,05$), indicando que a um maior tempo dedicado à AF está associado um menor IMC. As correlações entre o tempo total de actividade física e os valores da glicémia ocasional e da tensão sistólica e diastólica não se revelaram estatisticamente significativas ($p>0,05$), indicando que não existem associação entre estes indicadores e um maior ou menor tempo despendido semanalmente a praticar AF.

Participação em eventos de promoção da saúde

Dos 89 inquiridos que responderam à questão “*É a primeira vez que participa no Desafio do Coração*”, quase metade, 43 (48,3%), afirmaram que não. A média de visitas a edições anteriores do DC é de 2,82 ($DP=1,84$), havendo 2 inquiridos que relataram ter ido a todas as edições anteriores (até ao presente houve 9 edições). Trinta e cinco pessoas (39,3%) afirmaram frequentar com regularidade eventos de promoção da saúde (e.g., caminhadas, etc.).

DISCUSSÃO

Os factores de risco modificáveis da DCV são a hipertensão, a inactividade física, a diabetes tipo 2 e uma dieta com forte presença de gorduras saturadas (World Heart Federation, 2013). Neste estudo avaliamos 3 destes 4 indicadores num grupo de indivíduos maiores de 65 anos que visitaram um evento de prevenção das DCV, e concluímos que na sua maioria estes indivíduos cumprem estes requisitos de uma boa saúde cardiovascular.

O dado mais saliente deste estudo é a elevada prevalência da prática de AF nos participantes do DC. Efectivamente, encontraram-se taxas de prática nesta amostra de pessoas com mais de 65 anos superiores aos valores de referência do Eurobarómetro, quer tomando como referência a taxa média de prática para Portugal em todas as faixas etárias, quer tomando como referência a taxa de prática europeia nos maiores de 70 anos. Estes dados suscitam-nos a seguintes leituras: por um lado o Eurobarómetro foi um inquérito realizado em Outubro de 2009 em 27 países europeus que incidiu sobre a prática de desporto e AF. Os dados que aqui publicamos foram recolhidos em Maio de 2011 e de 2013. Durante este período temos vindo a assistir a um multiplicar de iniciativas promotoras de AF dirigidas a todas as faixas etárias nos municípios de onde são oriundos os nossos entrevistados (Região de Grande Lisboa e distrito de Setúbal). Em particular no que concerne aos maiores de 65 anos, o ano de 2012 foi designado como o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade Intergeracional, tendo sido fértil na promoção de oportunidades para a prática de AF entre os mais velhos. Podemos hipotetizar que a prevalência da prática de AF dos Portugueses de todas as idades aumentou desde 2009, e que neste tipo de eventos vemos esse aumento reflectido. Efectivamente, a média de tempo despendido pelos inquiridos que praticam AF é de 150 minutos por semana, exactamente os valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde para pessoas com mais de 65 anos (WHO, 2010). Contudo, tal não exclui a hipótese anteriormente avançada (Carvalho, et al., 2012) de que as pessoas que acorrem a este tipo de eventos são aquelas que já praticam AF, o que poderá fazer questionar a pertinência e a utilidade destes eventos de sensibilização. O facto dos inquiridos apresentarem na sua maioria indicadores de saúde (IMC, glicémia ocasional e tensão arterial) dentro dos valores normativos saudáveis sugere também que os indivíduos monitorizam estes indicadores, seja pela ingestão de fármacos, seja pela prática de um estilo de vida saudável, o que torna a realização deste tipo de eventos porventura redundante, já que poderemos hipotetizar, uma vez que tal não foi avaliado,

que as pessoas que frequentam este tipo de eventos já se encontram num estágio de Acção ou de Manutenção de acordo com o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994).

Este estudo apresenta algumas limitações. O facto de se tratar de um questionário presencial poderá ter levado os participantes a responder de acordo com a desejabilidade social, reportando níveis mais elevados de AF do que os realmente praticados. A ser assim, estes dados reflectem sobretudo a consciência de que a prática de AF é desejável. Não obstante, os indicadores de saúde objectivos recolhidos no local indicam inequivocamente que a maioria dos inquiridos possui um IMC, e valores de glicémia ocasional e de tensão arterial adequados. O número limitado de inquiridos e o tipo de amostragem não nos permite afirmar tratar-se de uma amostra representativa da totalidade dos participantes neste evento, pelo que estes dados devem ser tomados apenas como indicadores. Contudo, os resultados deste estudo com um grupo de maiores de 65 anos e do estudo anterior com uma população adulta mais jovem (Carvalho, et al., 2012) alertam para a necessidade de reavaliar o impacto e a efectividade deste tipo de eventos na melhoria da saúde das populações. Em concreto, futuros estudos deverão avaliar em amostras maiores e representativas se os eventos de promoção da saúde conseguem efectivamente captar a atenção e o interesse das pessoas que necessitam de modificar o seu comportamento para estilos de vida mais saudáveis, i.e., das pessoas que se encontram nos estádios de Pré-contemplanção, Contemplanção e Preparação (Prochaska, et al., 1994). A confirmar-se esta hipótese de que são as pessoas que já praticam um estilo de vida activo e saudável quem acorre a estes eventos, os esforços nas estratégias de massa de promoção da saúde deverão ser redefinidos e replaneados por forma a adaptar as suas mensagens e a forma da as transmitir aos seus reais destinatários.

Agradecimentos

Os autores desejam agradecer aos mestres em Psicologia Sara Coelho, Pedro Ribeiro, Vera Morais e Jorge Encantado o apoio na recolha de dados.

REFERÊNCIAS

- Beaudoin, C. E., Fernandez, C., Wall, J. L., & Farley, T. A. (2007). Promoting healthy eating and physical activity - Short-term effects of a mass media campaign. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 217-223. doi:10.1016/j.amepre.2006.11.002
- Carvalho, C., Morais, V., & Encantado, J. (2012). Sedentários ou activos? Caracterização de uma amostra de participantes em eventos de sensibilização para a actividade física. In J. L. P. Ribeiro, I. Leal, A. Pereira, & S. Monteiro (Orgs.), *Psicologia da saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas* (pp. 69-77). Lisboa: Placebo.
- Cavill, N., & Bauman, A. (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: Do mass media campaigns have a role? *Journal of Sports Sciences*, 22, 771-790. doi:org/10.1080/02640410410001712467
- Direcção Geral de Saúde. (2006). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/9B01E25D-D16C-422C-B3E0-140D1B591198/0/circularnormativadgs03dspcs060206.pdf>
- Faria, L., & Marinho, C. (2004). Actividade física, saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6, 93-104.

- Flicker, L., McCaul, K. A., Hankey, G. J., Jamrozik, K., Brown, W. J., Byles, J. E., & Almeida, O. P. (2010). Body mass index and survival in men and women aged 70 to 75. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 234-241. doi:org/10.1111/j.1532-5415.2009.02677.x
- Fundação Portuguesa de Cardiologia. (s.d.). *Actividades*. Disponível em <http://www.lets-help.pt/teste/atividades/>
- Heymsfield, S. B., Wang, J., Lichtman, S., Kamen, Y., Kehayias, J., & Pierson, R. N. (1989). Body composition in elderly subjects: A critical appraisal of clinical methodology. *American Journal Clinical Nutrition*, 55, 1167-1175.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011 – Resultados provisórios*. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2
- Lépori, L. R. (2009). Hipertensão arterial: Informação para o doente. Disponível em BIAL:http://www.bial.com/imagem/Caderno%20saude_Hipertensao%20arterial_V2.pdf
- Moore, J. B., Mitchell, N. G., Beets, M. W., & Bartholomew, J. B. (2012). Physical self-esteem in older adults: A test of the indirect effect of physical activity. *Sport, Exercise and Performance Psychology*, 1, 231-241. doi: 10.1037/a0028636
- Owen, N., Bauman, A., & Booth, M., Oldenburg B., & Magnus P. (1995). Serial mass-media campaigns to promote physical activity: Reinforcing or redundant? *American Journal of Public Health*, 85, 244-248. doi:org/10.2105/AJPH.85.2.244
- Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: Uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20, 11-20.
- PORDATA. (2011). *Retrato de Portugal na Europa*. Disponível em http://www.pordata.pt/ebooks/PT_EU2011v201308070900/index.html#p=12
- PORDATA. (2013). Óbitos por algumas causas de morte em Portugal. Disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Obitos+por+algumas+causas+de+morte-758>
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York, NY: W. Morrow.
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology*, 56, 23-35. doi:org/10.1093/gerona/56.suppl_2.23
- TNS Opinion & Social. (2010). *Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3 – Sport and Physical Activity*. Brussels: Directorate General Education and Culture. Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_en.pdf
- Vorvick, L. J. (2012). Body Mass Index. In *National Institutes of Health*. Disponível em <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/007196.htm>
- World Health Organization. (2004). *WHO. Global Database on Body Mass Index*. Disponível em <http://www.assessmentpsychology.com/icbmi.htm>
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
- World Health Organization. (2013a). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>
- World Health Organization. (2013b). *Physical activity*. Disponível em http://www.who.int/topics/physical_activity/en/

World Heart Federation. (2013). *Cardiovascular disease risk factors*. Disponível em <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/>

OBSERVATÓRIO DAS DINÂMICAS DO ENVELHECIMENTO NO ALENTEJO

Maria Cristina Faria ✉

Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação, Beja, Portugal

Estima-se que em 2025 existam cerca de 1,2 biliões de indivíduos com 65 ou mais anos. Na União Europeia a percentagem de trabalhadores mais velhos aumentará nas próximas décadas. As tendências da população ativa da EU-27 sugerem um crescimento de cerca de 16,2% (9,9 milhões) do grupo etário dos 55-64 anos entre 2010-2030 e um decréscimo dos restantes. Em muitos países os trabalhadores mais velhos representarão 30% ou mais da população ativa. Em Portugal, o fato da idade da reforma ter passado para os 65 anos ou mais, mostra-nos que os cidadãos vão ter que trabalhar mais tempo e com mais idade, pertencendo também à população ativa durante mais tempo.

Os resultados dos Censos 2011 revelaram que a população residente em Portugal era de 10 561 614 habitantes, chamando a atenção para o fato de surgir um aumento de cerca de 2% face à última década. Os resultados mostraram que Portugal apresenta em 2011 cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Nos Indicadores de Envelhecimento apresentados pelo INE (2012) podemos verificar os valores de 47% para o Índice de Longevidade, 28,8 % para o Índice de Dependência de Idosos e 127,8% para o Índice de Envelhecimento. A observação das características demográficas da população demonstra que se agravou o envelhecimento da população portuguesa na última década. Estamos diante do fenómeno do duplo envelhecimento da população, isto é, do aumento da população idosa e da redução da população jovem. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Mas, em 2011, os dados mostraram que Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade. Comparando os resultados de 2001 e 2011 verificamos uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Por outro lado, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4% , bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

Os Censos 2011, mostraram também que relativamente à distribuição da população por sexo e o grupo etário, se mantém um padrão idêntico ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres. No grupo dos 25-64 anos de idade, a

✉ - Maria Cristina Campos de Sousa Faria, Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Beja, Rua Pedro Soares 7800-295 Beja, mcfaria@ipbeja.pt

percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a predominância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%.

A região do Alentejo é caracterizada pela sua estatística, que coloca em evidência uma população cada vez mais envelhecida. A evolução demográfica da última década indica que a região do Alentejo volta a perder população, registando uma diminuição de cerca de 2,5% face a 2001. Verificou-se em 2011, que as regiões do Alentejo e Centro são as mais envelhecidas, com uma percentagem da população com 65 anos ou mais a rondar os 24,3% e 22,5%, respetivamente. No distrito de Beja, cerca de 34287 pessoas têm idade igual ou superior a 65 anos, representando, 20,2 % do total da população deste distrito. No total dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, 534 têm 90 e mais anos. Neste momento, Beja é o 4º distrito mais envelhecido do País.

A observação das características demográficas da população mundial, de Portugal e o caso particular do Baixo Alentejo e Alentejo Litoral, mostraram que se agravou o envelhecimento da população na última década, o que obriga a estar preparado para novos desafios. Por outro lado, os longevos da nossa sociedade contemporânea empenham-se para chegarem mais longe com qualidade; é um direito que lhes assiste em nome da dignidade e do respeito pelo ser humano. Para que o envelhecimento ocorra de forma tranquila e gratificante é preciso que a organização social e as suas políticas sejam facilitadoras da construção de ambientes e comunidades saudáveis promotoras de um envelhecimento ativo e positivo, pelo que, é necessário criar e desenvolver condições sociais, económicas, educacionais e de saúde que proporcionem aos mais velhos da nossa sociedade viver mais tempo com qualidade e participarem como cidadãos séniores no curso do desenvolvimento da humanidade através do seu conhecimento, competências e atividades empreendedoras.

A OMS (2002) apresentou o conceito de “*envelhecimento ativo*”, remetendo-nos para a capacidade de envelhecer com saúde e autonomia, participando na sociedade exercendo uma cidadania ativa e usufruindo de qualidade de vida. No ano Europeu de 2012 promoveu-se o envelhecimento ativo a partir de três domínios: Emprego (chamando a atenção o processo de reforma e para melhores perspetivas de emprego para o cidadão sénior); Participação na Sociedade (assegurar um maior reconhecimento do contributo dos mais velhos para a sociedade e criar condições para lhes dar mais apoio); e Autonomia (desenvolver a capacidade dos gerentes para manter a autonomia o máximo de tempo possível e realizar mudanças que proporcionem um melhoramento da vida das pessoas com deficiência ou problemas de saúde).

Estudos contemporâneos destacam que a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais se encontram diretamente relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes. De acordo com European Union e Committee of the Regions, (Andor, Bresso, & Sedmak, M.,2011), é preciso saber como tornar os cidadãos séniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento. Contudo, infelizmente, muitos dos cidadãos mais velhos da sociedade vivem em condições que não são dignas de seres humanos, seja por conjunturas relacionadas com problemas de saúde física e mental, económica, isolamento, solidão, ou insegurança, higiene, abandono, violência, maltrato, abuso e disfunção ocupacional. Por conseguinte, um outro conjunto de sinergias devem ser organizadas para fazer face e ultrapassar estas situações.

Considerando que o Instituto Politécnico de Beja se encontra localizado na capital de um distrito envelhecido e de um país a envelhecer, poderá desenvolver iniciativas interventivas que permitam a realização de um apoio efetivo, especializado e operacional ao envelhecimento no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.

Envelhecimento Ativo

De acordo com Beauvoir (1990, cit. Caldas, 2004, 43) “*não existe velhice, mas velhices, masculina e feminina; uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do funcionário burocrático, ou do trabalhador braçal*”. Assim, a experiência do envelhecimento surge personalizada, ligada ao gênero, ao conhecimento, atividade laboral e determinada por fatores bio-psico-socio-culturais-ecológicos e políticos.

A abordagem científica do envelhecimento humano tem permitido compreender este período da vida humana de uma forma positiva, possibilitando um entendimento diferente daquele que anteriormente era feito, em que o avanço da idade encontrava-se exclusivamente ligado à perda de capacidades e ao risco da dependência. De acordo com Fonseca (2012, 96) “*o envelhecimento pode ser definido como um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como “idoso” (diferenciada da imagem que habitualmente se tem de um “adulto”)*”. Na perspetiva do autor, a ideia do desenvolvimento no envelhecimento encontra-se associada ao interesse dos mais velhos passarem a serem compreendidos como “pessoas a desenvolver” e não como “pessoas a resolver”. A perspetiva desenvolvimental do processo de envelhecimento encontra-se apoiada em três vertentes (Fonseca, 2005): *o potencial de desenvolvimento; a capacidade adaptativa; e os limites dessa capacidade adaptativa*. Assim, podemos esperar que as pessoas mais velhas sejam competentes e apresentem uma capacidade de adaptação ao envelhecimento, que lhes permita saberem lidar com as situações e os problemas decorrentes da transição e com as implicações da mudança decorrentes do envelhecimento. A capacidade de os mais velhos se auto-atualizarem com a sua nova etapa das suas vidas permite-lhes estarem abertos a novos desafios, dispostos a vivenciarem experiências diferentes e a delinearem um novo projeto de vida.

No ano de 2002, a WHO apresentou o conceito de envelhecimento ativo, como o “*processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento*”. Os estudos mostram que a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais encontram-se diretamente relacionados com a atividade social, o convívio, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade (Carvalho & Dias, 2011). No seguimento destas constatações, o ano de 2012 foi designado de “*Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*” possibilitando uma abordagem positiva do envelhecimento, a criação de espaços e tempos de debate reflexivo e o surgimento de iniciativas proactivas que possibilitem o desenvolvimento e a valorização da população sénior. Considera-se que o envelhecimento ativo pode dar à geração do *baby boom* e aos seniores do futuro a oportunidade de: (1) *permanecerem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência*; (2) *continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade*; e (3) *viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível*. Por outro lado, a partilha de experiências e a solidariedade intergeracional nas sociedades envelhecidas constitui uma riqueza humana e social para a construção da felicidade para todos. Por isso, durante o ano europeu 2012 chamou-se a atenção para o fato de nunca ser tarde para “*partilhar experiências*”, “*iniciar uma nova carreira*”, “*ser dono da sua própria vida*”, “*ampliar os horizontes*”, “*dedicar-se aos outros*”, “*fazer novos amigos*”, “*unir forças*”, “*divertirmo-nos juntos*”, “*preocuparmo-nos com os outros*”, “*ter um espírito jovem*” e “*viver intensamente*”.

Promover o envelhecimento ativo passa por criar condições para que o cidadão sénior possa envelhecer com saúde, qualidade de vida e autonomia, e, também por lhe

dar a oportunidade de continuar a participar em pleno na sociedade que o viu crescer e desenvolver ao longo do seu ciclo de vida. Por conseguinte, neste ano europeu foram privilegiados três domínios a desenvolver: o *emprego*; a *participação na sociedade* e a *autonomia*. Ao aumentar esperança de vida na Europa, a reforma surge cada vez mais tardiamente, o que leva as gerações mais velhas a recearem não conseguirem manter o seu emprego durante o tempo suficiente ou caso necessitem de um novo emprego, a não o encontrarem tirando-lhes a tranquilidade de usufruir de uma reforma digna. Por conseguinte, apela-se à criação de melhores perspetivas de empregos para os trabalhadores mais velhos. A época da pós-reforma não quer dizer inatividade e a realidade bem o demonstra.

Na nossa sociedade contemporânea é frequente observar que são os mais velhos que cuidam das gerações mais novas, dos seus próprios pais, do cônjuge ou de um familiar próximo; e abraçam o trabalho de voluntariado. Assim, o ano europeu focaliza-se no reconhecimento do contributo dos mais velhos para a sociedade e na criação de condições que lhes proporcionem mais apoio. O envelhecimento traz consigo algumas fragilidades de saúde aos gerontes, mas, isso não significa que estas possam ser impeditivas da sua autonomia. Contudo, é preciso investir na autonomia o maior tempo possível e promover a independência sénior através do desenvolvimento de competências empreendedoras.

Empreendedorismo sénior

Uma mente empreendedora é uma “*mente com futuro*” (Gardner, 2007), mesmo que tenha alguma idade. Vários autores destacam as tarefas desempenhadas pelos séniores, que podem ser agrupadas em quatro vertentes (Gonçalves *et al*, 2006): (I) *meio familiar*, onde os papéis são desempenhados através da transferência de tempo, da translação de dinheiro e da função educativa dos netos; (II) *promoção social*, maioritariamente nos programas de voluntariado sénior e nos programas intergeracionais; (III) *trabalho sénior*, no âmbito rural e dos serviços; e (IV) *meio político*.

O empreendedorismo sénior visa promover a auto-estima das pessoas a partir da criação de novas perspetivas de riqueza através de atividades gratificantes e produtivas em ambientes de rede de relacionamentos e apoio social. Significa a oportunidade de seguir a vida com alegria e disposição, ficando atento às oportunidades relacionadas com a vida ativa nesta faixa etária. Assim, considerando o momento que atravessam nas suas vidas, estimulam-se as gerações mais velhas a identificar e aceitar os desafios e as gratificações que as diversas atividades empreendedoras e alternativas de negócios possam trazer.

No Ano Europeu 2012 colocou-se em destaque o Emprego, a Participação na Sociedade e a Autonomia; isto é, salienta-se a importância de proporcionar aos séniores do presente e do futuro a oportunidade para permanecerem no mercado do trabalho e partilharem a sua experiência, continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade, viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível. No presente, podemos verificar que muitos séniores não estão parados e que já participam ativamente na sociedade disponibilizando o seu tempo, o seu conhecimento, a sua experiência de vida, as suas boas ideias e o apoio às novas gerações. É preciso reconhecer a existência do empreendedorismo sénior nas suas vertentes social e económica.

O Quadro I pretende sintetizar um conjunto de orientações e iniciativas que têm sido registadas pelos autores e que felizmente, todos podemos observar na nossa sociedade.

Quadro 1.
Empreendedorismo Sénior

EMPREENDEADORISMO SENIOR	
CRIAÇÃO DE NOVAS PERSPECTIVAS DE ATIVIDADES RENTAVEIS E FLEXIVEIS,	<i>Tempo de reinvenção</i> <i>Ambição</i> <i>Novas carreiras</i> <i>Relacionamentos mais próximos com os amigos e família</i> <i>Inovação a partir da valorização do trabalho e empreendedorismo nas fases maduras da vida</i>
FOCAGENS EMPREENDEDORAS	<i>Planeamento do Projeto de vida a partir dos 60 anos.</i> <i>Organização familiar: “chefes de famílias” (económico).</i> <i>Trabalho voluntário.</i> <i>Focos em novos interesses, conhecimentos e habilidades.</i> <i>A reforma pode ser uma fase ativa.</i> <i>Maior longevidade leva as empresas e publicidade a prestar atenção a este público consumidor.</i> <i>Sentido de trabalho e educação nesta etapa de vida.</i>
ESPÍRITO EMPREENDEDOR	<i>O espírito empreendedor, não morre com a idade.</i> <i>Os ganhos da maturidade são mais valorizados pelos que primeiro envelhecem.</i> <i>A reforma é uma oportunidade de novos investimentos.</i> <i>A rapidez é substituída por conhecimento adquirido, pela experiência e capacidade de selecção e decisão.</i> <i>O empreendedorismo melhora com a idade, graças à presença de um perfil de competências (experiência, credibilidade, visão estratégica, liderança, boa comunicação, flexibilidade e bom relacionamento).</i>
ATIVIDADES EMPREENDEDORAS	<i>Cuidar dos netos (das novas gerações)</i> <i>Evangelizar</i> <i>Atuar como voluntário em instituições de caridade e saúde.</i> <i>Produzir, vender e entregar produtos.</i> <i>Orientar jovens.</i> <i>Educar adultos.</i> <i>Formação de futuros profissionais.</i> <i>Tirar um curso ou formação (informática, inglês,...)</i> <i>Conceber e dirigir um negócio.</i> <i>Cuidar da comunidade (pessoas, ambiente, jardins,...)</i> <i>Cuidar do cônjuge, de um familiar mais velho, ...(dos mais velhos)</i>

Contudo, muitas das iniciativas têm surgido de forma espontânea evidenciado a disponibilidade e a colaboração dos gerontes que se adaptaram positivamente a etapa de vida. Mas, nem sempre isso acontece, pelo que os agentes locais e regionais têm hoje como uma das principais tarefas a seu cargo a criação de estruturas de apoio aos mais velhos da sua comunidade, mas, também, á realização de iniciativas planeadas e articuladas com os parceiros sociais, que conduzam as imagens positivas dos cidadãos mais velhos, à promoção do envelhecimento ativo e do incentivo ao empreendedorismo sénior.

Organização do Observatório do Envelhecimento

O Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo do Instituto Politécnico de Beja, designado de ODEA-IPBEJA, surge no âmbito do funcionamento do IPBeja como Comunidade Aberta, Solidária, Participativa e Coerente e do entendimento da relevância da sua Dimensão Social. Assim, o ODEA- IPBeja tem como principal objetivo constituir-se como um centro de investigação, desenvolvimento e intervenção no domínio do envelhecimento, em particular, no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral. Por conseguinte, concretiza a sua função avaliando e monitorizando o estado da população envelhecida no Alentejo, realizando a produção de investigação, conhecimento e divulgação sobre o envelhecimento no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral e intervindo ao nível da comunidade, nas vertentes da promoção do desenvolvimento humano e da proteção dos mais pobres e desfavorecidos desta faixa

etária a partir dos 65 anos. Por conseguinte, apresenta-se com um olhar interdisciplinar sobre o envelhecimento e a longevidade e centra a sua principal preocupação na solidariedade humana, cidadania e promoção de um envelhecimento bem sucedido, com saúde, qualidade de vida e dignidade. Considerando que o público alvo se encontra circunscrito à Comunidade em geral e população no Alentejo a partir dos 65 anos, os principais objetivos específicos do ODEA- IPBeja são os seguintes:

- Realizar o levantamento de dados e indicadores sobre o envelhecimento no Alentejo e obter de outras instituições (organismos regionais, centrais e europeus) informações logísticas que permitam conhecer o estado e identificar os problemas da população mais velha que vive no Alentejo.
- Produzir conhecimento e investigação, promover estudos e realizar divulgação de informação sobre o envelhecimento no Baixo Alentejo e Alentejo Litoral.
- Desenvolver instrumentos de observação e parâmetros de vigilância de aspetos relevantes para um envelhecimento bem sucedido, de forma a poder realizar a prevenção de riscos e a proteção da saúde, a qualidade de vida e o bem-estar dos mais velhos.
- Desenvolver estruturas de apoio ao envelhecimento na comunidade, que possibilitem uma intervenção comunitária e estratégica de modo a prevenir os riscos e a fazer face aos problemas dos mais velhos.
- Promover a proteção, a educação e a formação dos mais velhos, enquanto agentes de cidadania na sociedade contemporânea.
- Promover investigação e desenvolvimento na área do envelhecimento ativo no Alentejo.
- Desenvolver atividades e eventos científicos e culturais que divulguem a investigação e sejam espaços e tempos de partilha de vivências e preocupações intergeracionais, onde é dado a oportunidade às instituições da comunidade que investem na proteção e desenvolvimento dos mais velhos de apresentarem as suas experiências, os seus projetos e de criar sinergias de sustentabilidade.
- Estabelecer protocolos, parcerias e plataformas de cooperação com a comunidade.

As áreas científicas que vão contribuir para a planificação e desenvolvimento de intervenção contextualizada nas dinâmicas do envelhecimento são as seguintes:

- Psicologia da Saúde e Desenvolvimento
- Psicologia e Apoio Psicossocial
- Psicologia e Necessidades Especiais
- Intervenção e Serviço Social
- Saúde e Terapia Ocupacional
- Saúde e Atividade Física
- Saúde e Enfermagem Comunitária
- Sociologia e Demografia
- Sociologia e Sustentabilidade Social
- Comunicação e Multimédia

As atividades que se pretendem desenvolver são as seguintes:

- Criação da estrutura e organização do Portal ODEA- IPBeja
- Organização de Dados sobre o Envelhecimento no Alentejo
- O ODEA- IPBEJA ocupa-se na recolha, organização, produção e difusão de dados, que permitam o acesso ao conhecimento e a informações consideradas pertinentes e úteis sobre o envelhecimento. Assim, procura dar conta de forma sistemática e regular das transformações no domínio do envelhecimento e, em

particular, do envelhecimento no Alentejo (Estatísticas; Projetos; Investigação; Políticas; Legislação; Cultura; Entidades; Atividades e Serviços).

- Implementar o Centro de Investigação e Apoio ao Envelhecimento Ativo do Instituto Politécnico de Beja, ODEA-IPBEJA.
- O ODEA- IPBEJA integra na sua orgânica o Centro de Investigação e Apoio ao Envelhecimento Ativo, designado de CAEA - IPBEJA.

O Centro de Investigação e Apoio ao Envelhecimento Ativo do Instituto Politécnico de Beja tem como missão:

- a) O conhecimento e a investigação no âmbito do envelhecimento e, em particular, envelhecimento ativo.
- b) A Promoção do Envelhecimento Ativo a vários níveis (individual, familiar, social, institucional, laboral, ocupacional e de saúde).
- c) A organização de formação ao longo da vida dos mais velhos.
- d) O Apoio ao Envelhecimento Ativo em várias vertentes (psicológica, social, cultural, de saúde e atividade física).

Por conseguinte, pretende-se promover o desenvolvimento sénior com saúde e viabilizar a articulação de sinergias produtivas em torno das dinâmicas do envelhecimento no Alentejo.

Conclusão

A condução positiva e responsável da conduta humana é um processo que se aprende a organizar e se desenvolve ao longo do ciclo de vida. Os longevos da nossa sociedade contemporânea esforçaram-se e continuam a esforçar-se para chegarem mais longe com qualidade; é um direito que lhes assiste em nome da dignidade e do respeito pelo ser humano. Para que o envelhecimento ocorra de forma tranquila e gratificante é preciso que a organização social e as suas políticas sejam facilitadoras da construção de ambientes saudáveis para o envelhecimento positivo e ativo. É pois necessário criar e desenvolver condições sociais, económicas, educacionais e de saúde que proporcionem aos mais velhos da nossa sociedade viver mais tempo com qualidade e participarem como cidadãos séniores no curso do desenvolvimento da humanidade através do seu conhecimento, competências e atividades empreendedoras.

Ser capaz de proteger a sua saúde, ser alegre e criativo, tomar iniciativa, ser empreendedor, promover a sua felicidade e estar atento às mudanças do mundo ao longo do ciclo de vida; é saber viver com harmonia, prazer e sentido. É preciso que este legado possa ser passado às novas gerações. Compreender que o espírito empreendedor não desaparece com a idade é também reconhecer a mais valia dos longevos e a sua missão na sociedade contemporânea.

Assumindo a perspetiva da promoção do envelhecimento ativo e bem sucedido, muitas questões ficam por dar resposta, tais como: (1) O que é que os agentes locais e regionais fazem para relacionar positivamente: o emprego com o envelhecimento ativo? a sociedade com o envelhecimento ativo? a promoção na saúde com a vida autónoma?; (2) O que é que os agentes locais e regionais fazem para estabelecer: a solidariedade entre as gerações? a política do desenvolvimento?; (3) O que é que os agentes locais e regionais fazem para estabelecer: a solidariedade entre as gerações? a política do desenvolvimento? Questões sem dúvida pertinentes, que têm sido colocadas nos fóruns de debate das iniciativas que têm sido levadas a cabo em Portugal e na Europa durante o ano europeu 2012. Esperemos que estes debates sobre a promoção do envelhecimento ativo e o encontro intergeracional sejam profícuos e que muito breve possamos assistir ao reconhecimento pleno da mais valia das iniciativas e do trabalho da população sénior. Desejamos, também, observar uma mudança social e política, que permita criar

estruturas de apoio dignas dos mais velhos e que a estes seja dada a possibilidade de participarem de forma ativa e empreendedora na sociedade contemporânea.

É neste âmbito que o Instituto Politécnico de Beja está a dar os primeiros passos para viabilizar um espaço de informação, reflexão, formação, prestação de serviços e atuação em contextos de envelhecimento. Através do Observatório das Dinâmicas de Envelhecimento no Alentejo esperamos que o envelhecimento seja visto numa dimensão positiva, que sejam ultrapassadas situações difíceis de envelhecer e que de alguma forma se proporcionem imagens harmoniosas sobre este período de vida possibilitando a solidariedade entre as gerações

REFERÊNCIAS

- Caldas, C. (2004). Cuidado do familiar: A importância da família na atenção ao idoso. In A. Saldanha & C. Caldas (Org.), *Saúde do idoso: A arte de cuidar* (pp. 41-47). Rio de Janeiro, RJ: Editora Interciência.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Andor, L., Bresso, M., & Sedmak, M. (2011). How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors. *Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission*. Bruxelles, Belgique: European Union, Committee of the Regions.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2012). Desenvolvimento psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do envelhecimento. In C. Paúl & O. Ribeiro (Eds.), *Manual de gerontologia, Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.
- Gardner, H. (2007). *The five minds for the future*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press. doi:10.1086/591814
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7, 137-143.
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011 – XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação – Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and health promotion, aging and life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA (PBO) EM MULHER COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO: ANÁLISE DE CASO

Hi Ryung Kim ✉, Kayoko Yamamoto e Ryad Simon

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

The motherhood experience itself may offer risk to the development to maternal depression due to its conflicting character involving loss and gains feelings and the toughness in integrate professional fulfillment, love life and motherhood, which may lead to guilty feelings and inadequacy. Results pointed in a study suggest an important relation between the depressive symptoms and maternal reports of a conflicted motherhood (Azevedo & Arrais, 2006; Schwengber & Piccinini, 2005).

Azevedo and Arrais (2006) claim that woman with PPD would be expressing her frustration in do not fulfill her own expectations concerning the myth of being a perfect mother. The guilt that come from the difficulty of facing complex and contradictory feelings which is intrinsic to motherhood's ambivalence and also incapacity feelings lead anxious women to develop postpartum depression.

According to the World Health Organization (WHO), depression is among the disorders that aggravate more and more life quality of people in general. In Brazil, depression is a great problem of Public Health affecting about 5% of population, with greater rates in females. It is often be preceded by a remarkable experience in life such as the discovery of pregnancy, childbirth and all the consequences of this event (Ruschi et al., 2007). International and Brazilian literatures report that from 10 to 20% of women are affecting by postpartum depression (PPD) (Felix, Gomes & França, 2008; Schmidt, Piccoloto & Müller, 2005; Zinga, Phillips & Born, 2005). Some Brazilian authors report rates varying between 12 and 29.5%, PPD is considering an issue of Public Health (Baptista & Torres, 2006; Moraes et al., 2006; Ruschi et al., 2007).

According to Schmidt et al. (2005), PPD is been detected between the fourth and eighth week after the childbirth. It is commonly manifesting after the "baby blues" period, which is characterizing by emotional lability that starts between the second and the fifth day after de childbirth and may last until the second week postpartum. (Felix et al., 2008; O'Hara, 1997; Schmidt et al., 2005). The main symptoms of PPD are depressed mood, tearfulness, emotional lability, irritability, loss of interest in usual activities, feelings of guilt and reduced concentration ability (Ruschi et al., 2007; Schwengber & Piccini, 2003).

Motta, Lucion and Manfro (2005) revealed that children of depressed mother are likely to present physiological disorders, reduced interpersonal bonds both with their mother and other people, decreased vocalization and curiosity regarding the

✉ - Hi Ryung Kim, R. Dr. Renato Paes de Barros, 956, apto. 122, Cep. 04530-001, São Paulo, Brasil, hkim@usp.br ou kimzinha@uol.com.br

environment that surround them, and also greater tendency to develop depression. Simon (1989, 2005) reported that the adaptive crisis occur when an individual perceive a strong problem-situation absolutely new and unknown. It might be an important loss or an acquisition of a significant space in the personal universe of a person that causes strong anguish. The personal universe is the set composed by the person (psychosomatic) and the emotionally significant external objects (other people, material, spiritual, or cultural situations). It understands as significant, something related to the person in particular, unknown. The loss or acquisition of significant space depends on the perceptual judgment of the person in relation to the space occupied by the situation, and the significance that he/she attaches to this variation.

Caplan (1980) reported that in crisis periods significant changes might occur in the personality development. It was realized that in many patients with mental disorders, these points of transition is characterized by an acute psychological disorder which did not constitute a symptom of mental disorder, but the manifestation of an effort to adjust and adapt when facing a new problem. Thus, the crisis may present an opportunity for either a personality growth opportunity or a vulnerability to mental disorder.

In adaptive crisis cases, Operationalized Brief Psychotherapy (OBP) focus on critical situation providing support and care, and preventing a destructive and precipitated acting out in adaptive crises. In urgency, meet two or more times per week. After stress reduction, back to the interview to detect problem situations: nuclear problem situation, psychodynamic origins, connections between these problems and past or present situations (Simon, 2005).

Simon (2000) developed a flexible and individualized system that is different from the rigidity of classical psychopathological diagnosis that assesses the individual interacting with internal and external factors. It based on the adaptation concept as a set of responses that the individual showed to satisfy his/her needs. Simon (1989) had chosen the adaptive criteria to lead the Operationalized Adaptive Diagnostic Scale (OADS) for three main reasons:

1. Best approach to verify the functioning of an individual both in relation to itself the environment.
2. Each behavior has an aim, thus the adequacy of adaptation might be considering consistent to its objective.
3. From the behavior, noticeable or communicable, there is the state of integration of the various systems (intellectual, affective, conative, anatomical and physiological) and the coherence to achieve its end and conclude on the whole adaptation of the individual.

OADS is a scale that make possible, through the data obtained in psychological interviews, determine the adaptive efficacy of the individual based on the analysis of the solutions he/she uses to meet the four adaptive sectors: Affective Relationship (A-R); Productivity (P); Organic (O); Socio-Cultural (S-C).

According to Table 1, OADS verify the level of solution's adequacy that varies from adequate to very slightly adequate, level of satisfaction and whether causes or not conflicts. Based on these criteria, solution can be classifying as follow: adequate when solves the problem without conflicts; slightly adequate when solves the problem but create some conflict or solves the problem unsatisfactorily even though does not create conflict; barely adequate when solves the problem with no satisfaction and provoke some type of conflict. By the set of solutions – adequate, slightly adequate or barely adequate – or by the predominance of one of them, each adaptive sector is assessed considering it to be adequate, slightly adequate or barely adequate (Simon, 2005).

Table 1

Quantification of adaptive sector A-R and P and score according to adequacy level

SECTOR	Adequate	Slightly Adequate	Barely Adequate
A-R	3	2	1
P	2	1	0.5

In the final of the assessment process, for operational aims, the sectors A-R and P are classified according to them degree of adequacy, in the other hand, Or and S-C sectors are assessed qualitatively. According to the results found, it is classified in one adaptive group that could be group 1 - effective adaptation; group 2 – slight ineffective adaptation; group 3 – moderate ineffective adaptation; group 4 – severe ineffective adaptation; group 5 – critical ineffective adaptation (Simon, 1989). Table 2 shows the above classification according to the assessed solutions of the individual.

Table 2

Groups classification of OADS with diagnoses and scores

Groups	Diagnoses classification	Equation	Score
1	Effective adaptation	A-R adequate 3 + P adequate 2=	5
2	Slight ineffective adaptation	A-R slight adequate 2 + P adequate 2= A-R adequate 3 + P slight adequate 1=	4 4
3	Moderate ineffective adaptation	A-R slight 2 + P slight adequate 1= A-R adequate 3 + P barely adequate 0.5= A-R barely adequate 1 + P adequate 2=	3 3.5 3
4	Severe ineffective adaptation	A-R barely adequate 1 + P slight adequate 1= A-R slight adequate 2 + P barely adequate 0.5=	2 2.5
5	Critical ineffective adaptation	A-R barely adequate 1 + P barely adequate 0.5=	1.5

Operational Brief Psychotherapy (OBP) is a modality of short-term psychotherapy derived from the adaptation theory and OADS, aiming to improve the adaptation efficacy of the patient. OBP considers the inner world and the environmental components of the patient and the outside world permeated by personal meanings to assess the psychic reality and the objective reality involved in the problem situation (Simon, 2005). OBP comprises three main steps: 1. Clinical interview in order to verify the current adequacies of the individual and determine the problem-situations; 2. through interviews is possible monitor the individual's evolution from the childhood until the present situation. According to his/her background, it is possible to speculate the unconscious dynamic that have influence on the current inadequate solutions. 3. Based on information concerning the current adequacy, the problem-situation and psychodynamic assumptions, the psychotherapist determines the number of sessions, at a maximum of 12 sessions, when the problem-situations are complexes or whether there is an adaptive crisis (Simon, 2010).

Simon (2005) claimed that solution refers to the existence of something to solve a problem. The problem-situation involves not only a problem to solve, but also cover a complex of variables, which coexist and interact simultaneously. The individual, facing

a significant new situation, appeals to his repertoire acquired throughout his/her life searching for a solution, which ceases the tension. Thus, solutions are leading him/her to a vicious circle all over the life. It is not advisable assuming that a clinical status had emerging from nowhere and presumes the existence of background factors that carries emotional significance to the patient that might be repressed or not even came to consciousness.

At every problem throughout life, the individual needs to find solutions. These constitute the overall adaptation. The adaptive theory, which is basing on adaptive effectiveness, arises from internal and external factors of the individual. In the internal factors, it is considering hereditary, genetic aspects of the constitutional factor, the life instinct and the death instinct, which may or may not be reduced or increased by chemical, hormonal and environmental influences. The death instinct is necessary for survival, to the aggressiveness and defense. For effective adaptation, it takes the death instinct on a regular intensity and interacting with the life instinct. On the other hand, the life instinct promotes movement, action and personality integration, repairing what destroyed. From it emanates the love and from that derives gratitude, respect and concern for others. In sufficient intensity predisposes to adequate contact with reality, presides mental health and the find of appropriate solutions. Regarding external factors, the author classifies it as refusal environment and welcoming atmosphere. The refusal environment is one that attacks physically, affectively, including maltreatments and frustrations. May be permissive without set limits or discipline which could prevent the individual of facing situations of distress that are so necessary for contact with reality. The welcoming environment is one that propitiate the individual to feel loved and respected as an individual and that provide enough frustrations which teaches respect to the limits as well as encourages face frightening situations. It promotes the integration of ego and evolution for effective adaptation (Simon, 2005).

The problem-situations are delimited to be worked out through a clarifier way and using intellectualized interpretations, based on psychodynamic assumptions, helping the patient to understand the unconscious reasons for his previous and current behavior. The position of the therapist is more active and directive than in traditional psychotherapies. Under the circumstances, uses supportive resources such as suggestion, reassurance, guidance and catharsis (Simon, 1989).

Assessing the adequacy of the solutions to problem-situations and where they are, and the therapeutic plan performed, supported by the theory of evolution of adaptation. Therapy hold in position face to face and has pre-determined time (up to 12 sessions, 50-minute each). The therapy is individual and not regressive, it is not encouraged the transference; and it is important to interpret the negative transference to avoid therapeutic impasse and encourage positive transference, from which removes the possibility to develop collaboration and patient's confidence (Simon, 2000).

Theorized interpretation, previously known as intellectualized interpretation, based on the analytic theory to reconstruct the history of the patient with the information obtained in the interviews, in understanding the unconscious dynamics, considering his/her background and what interferes in the current problem-situation. Theorized interpretation is the main resource used in OBP and may provide to the patient the conviction that what is true, working therapeutically as the memory of a repressed content (Gebara, 2003).

As claimed by Simon (2010) the use of theorized interpretations based on psychodynamic assumptions, lead the patient to understand the unconscious reasons of the previous and current behavior and, thereafter, may propitiate associations and

resonances of emotional significance that led the patient to took slight or barely adequate solutions, and then, stimulate him to search for appropriate solutions.

This study aimed to verify whether the OBP in women with postpartum depression promotes the encounter of more appropriate solutions to their problem situation. Thus, it may assist in family relationships and the mother-baby relationship and mitigate the consequences of the consequences previously described of PPD.

METHODS

The project registered in the “Platform Brazil” of the Ministry of Health and approved by the Ethics Committee on Human of the Institute of Psychology of the University of São Paulo on April 18, 2013, number of CAAE 10168912.0.0000.5561, sentence number 248.911.

Participant

The participant is M., she is 29 years old, married, south American , she has a research grant and is attending a PhD degree Program in the Health field in University of São Paulo. The symptoms showed by M.: 1. oscillating mood; 2. increased irritability, 3. increased fatigue; 4. demotivation (in relation to work, but not to the baby) 5. tearfulness; 6. increased appetite 7. difficulties in concentration and organization; 8. feelings of inadequacy; 9. negative thoughts.

Material

The used materials were: Preventive clinical interview; Operationalized Adaptive Diagnostic Scale (OADS); Operational Brief Psychotherapy (OBP).

Procedure

The interviews and OBP sessions had being perform at the Durval Marcondes Clinic in the Institute of Psychology of University of São Paulo. The research possess three phases: contact, interview, and OBP.

RESULTS

Anamnesis

She is the youngest daughter, and has two married brothers. Her mother died 10 years ago and ever since, her father is depressed and uses alcohol to stand the situation. She expressed concern with the diagnosis of PPD confusing it for puerperal psychosis. M. had a miscarriage in her first pregnancy.

Her mother, who was an engineer and university professor, headed the family; her father was a helicopter technician and was engineering. With the military takeover, her father recruited by the Army and had to interrupt his degree. The family used to have a good financial status; however, after the fall of military dictatorship, her family went into financial crisis. Her parents were unemployed and set up a company which bankrupted. Her family moved to another city and there was a decline in their financial status.

In 1998, her mother diagnosed with autoimmune hepatitis and multiple cysts; despite the surgical indication her mother did went to it due to the decreased financial condition and her fear of the surgery. In 2003, her mother died from the untreated disease. The death of M's mother has shaken her family structure. The upbringing of her family was strict, following the religious dogmas of Catholicism, mainly in relation to sexuality.

The older brother is an architect, married and lives with his wife and two sons. The middle brother is a musician and graduated in Architecture in college where her mother

used to teach. This middle brother had a son with his girlfriend, but when the child was eighteen months old, he drowned in the pool of his girlfriend's house.

M. refers that really like her work, but feels overwhelmed by the tasks of the laboratory. She claims the staff does not know to work, as a team and she do not get the collaboration of her colleagues; M. feels pressured to finalize her PhD. At home, she spared her husband of housework and the care of the baby, so he could finish his PhD and prepared for his postdoctoral.

Regarding her original family, M. reports that after the death of her mother in 2003, she assumed the duties of her mother, caring for her depressive and alcoholic father and worrying about the brothers. After leaving her country to study in Brazil with her husband, she felt helpless for not being around family. She feels guilty for not calling the father and siblings as often as she would like. She felt displeased with her brothers for they prioritizing their own lives and families and for not having time for their father. She reminded her older brother who used to fight with their mother for her try to control his life. He studied in a public college in another city and worked to maintain himself, but refused to help their parents in financial difficulties.

M. was very close to her older brother and he used to protect her until she was 10 years old, when he left to college. Thereafter, the middle brother got close through music; he used to form a duet with her mother and those both excluded M because she was out of the tune. The middle brother moved to live with her older brother and studying at the same college, however the brothers had a fight and the middle brother returned after one year. Thereafter, M went formed a duet with him because her mother no longer sing anymore due to her health condition. She used to be jealous of his middle brother by the attention he ever received from his mother.

She claimed that had a very happy childhood and adolescence; her parents were religious leaders and used to have weekly meetings of advice and guidance to couples. M used to enjoy going along to play with other children; her mother was very active and used to organize family and friends activities. She reported much suffering due to the family losses: standard of living, physical space, friendship, encouragement of parents and her mother's death; her mother used to talk to her brothers and her father with her. Currently, the relationship between her father and siblings is distant once her father disappointed his sons since used to visit them drunk and frightened his grandchildren and stepdaughters; her father suffered a car accident for driving drunk; her brothers avoid their father's visits and do not take their families to visit him. Although M has received parental support during her dating, she remembered the father saying that M's no longer needed a father since she had a boyfriend. The relationship between M and her husband was good; they talked a lot and have complicity. He was her first and only boyfriend. She felt very guilty for having had sexual intercourse before marriage.

Manifested complaint

The main complaint and the reason for discussion with her husband are the lack of organization and feelings of inadequacy. Although her husband says otherwise, M reports not handle the responsibilities of home and work.

OADS

In M.'s Affective-Relationship sector, the adaptive efficiency is slightly adequate once her responses do not satisfy and create conflicts. This occurs in the relationship with her husband, with her father, with the baby, with colleagues and friends. The participant has high expectations, which are impossible to achieved, leading her to frustration and feelings of helplessness and powerlessness. She is afraid to hurt her baby, feels guilty for not being able to take care of his father and for not paying enough attention to her husband.

In the Productivity sector, M. reports that she enjoys her job very much, however she is conflicted by not producing as much as she would like. Although satisfied, there is conflict for not achieving her internal expectations, so the classification is slightly adequate. M. creates expectations over her capacity and does not realize her own limitations.

In Organic sector, M. does not report health problems, but her libido is low and she does not have sexual pleasure. She mentioned feeling the same guilt she felt before her marriage. Schaeffer (2006) reports the existence of erotic feminine aspect and the maternal aspect. These female capabilities are in tension and alternating which may involve the cleavage in the body of the woman and mother. This antagonism between the erotic, maternal and social becomes conflicted.

In Socio-Cultural sector, M. feels guilty due to her strict religious education.

The equation through OADS is: A-R barely adequate 1 + P slightly adequate 1 = 2.

Thus, the adaptive classification in this case was Group 4, which mean, severe ineffective adaptation.

Problem-Situation

The baby birth created an adaptive crisis for acquisition. By focusing attention on her baby care, M. does not have either available time or energy to take care for her husband, father and PhD. It is noticed the predominance of inadequacy feelings in being a mother, wife, daughter and perfect student. In such a laborious phase as the thesis defense, M decided to get pregnant assuming, in her omnipotence, more responsibilities than her internal resources and environmental conditions allowed.

Psychodynamic adaptive correlations

In M.'s socio-cultural sector, her strict religious values, made impossible her pleasurable intercourse because, according to the bible, sexual intercourse has the only purpose of procreation. The sorrow of her mother, whose death has disrupted family and children's feelings of jealousy and anger at the lack of attention to her would be unforgivable downfall which leads to formation of a reactive adoration of the mother, nevertheless her sorrow is perceived in her speech "to forget the face of the mother." There is a problem situation of idealization and sanctification of the maternal role and avoidance of intercourse, denying to her and to her husband sexual satisfaction, which raises questions that shakes the marital relationship. This creates problem in the organic sector due to the lack sexual pleasure.

In the affective-relationship sector, M. presents difficulties in interpersonal relationships both with her husband, baby and family, as well as with her coworkers. There is a conflict between prioritizing the nuclear family or her original family. This may be due to the oedipal conflict between taking care of her husband would lead her to leave her father. M. reported do not think about having more children, which may be a sign of projective identification on the baby of her own desire to have been the unique child and have all the focus and attention from her parents.

The identification of M. to her authoritarian and controlling mother makes difficult to her accept the opinion of others, ask and / or accept help, leading her to be more and more overwhelmed with tasks that she takes due to her belief of being omnipotent. Carrying so many unachievable responsibilities, she become frustrated by her inability and helplessness and transferring it colleagues and husband.

Evolution OBP

The patient missed the 1st and 10th sessions. The initial interview flagged by her fear and mistrust in which the patient claimed that she has never gone in therapy. Although the bond formed with M. and her therapist, during the interviews it was not

enough to her overcome the fear of abandonment of therapy by the completion of 12 sessions of OBP.

At the beginning of 2nd session, it was performed an additional questioning regarding her desire of having more children, and concerning love and sex life. After the therapeutic contract, the session continued with her reports stressed by demands, from herself and others, including the therapist. Given the difficulty of communication, M. realized that she demands and feel demanded. Theorized interpretations regarding the omnipotence of the baby, magical thoughts concerning the child and the reality of adult life (making choices and dealing with its consequences) made. It was noticed excess of frustrations and desires due to her voracity.

The 3rd session focused on the trip of her husband that morning. The reports were about the complicity of the couple and competition. M. showed separation anxiety; her interpretation was about parenting, including the differences in roles and genders. This associated by the patient with her religious education where pleasure generates guilt. Dissociation found in how the birth of Jesus sanctified motherhood, making all people asexual.

In the 4th session, the patient reported her choices, prioritizing the cares with her baby and herself. She reflected on the last session and realized that she enjoys being a woman and wants to raise her differently the way that she was. When she was reporting the desire that her daughter have more sexual experiences than her, she realized the existence of a lock on sexuality, her great-grandmother was criticized by his grandmother for leaving her daughter for dating; her grandmother was very strict and used to disapprove intercourse. M.'s mother dated and married her father, conditioning dating to marriage. After her mother died, she was surprised with her father's agreement to the fact that she was going to live with her boyfriend. She approached that his father used to agree with the views of her mother not to betray her and not for sharing her mother's opinion. The theorized interpretation conducted on the sexual and religious values transmitted from generation to generation without any reflections.

At the 5th session, the patient felt relieved by the return of her husband who had been able to share the baby care. She showed improvement in communication with her husband and in the perception of feelings, both hers and from the others. M. told that his grandmother considered her mother a daughter model. M. feels physically similar to her mother and tried to act like her. It was discussed the burden of being an example and the patient associated this to the fact that her father came into her bedroom when she was having sex with her husband, at the time her boyfriend. On that occasion, in conversation between her father and boyfriend, she found out that her parents had had sexual intercourse before marriage. Thus, humanization of the parents was discussing and how it was difficult for the patient to demystify the sanctified mother she created; the patient explained that her mother was not guilty of sexual lock. The explanation of the unconscious in the trans generational transmission seemed to relieve the patient's distress of demystifying her mother. M. preferred to demystify the perfect couple formed by her parents reporting her father's infidelity when her mother was pregnant with her. M.'s mother wrote a letter of release in which she spoke of the betrayal and mentioned having the baby only for her. The couple remained together and began to help other couples in the church through matrimonial meetings in which they were the mentors. After the death of her mother, her father questioned whether M.'s mother would really have forgiven him and M. replied yes and told him that she had forgiven him either. The interpretation theorized about her mother be her identification model and the idealization of the family. When the patient commented on the high referential

that her daughter would have in relation to her PhD, she said that she will be rethinking about her own career and how difficult it is to quit it.

During the 6th session, M. reported her parents' fights because of alcohol; her mother took a slap in her face when she was 15/16 years old once she refused to attend in the family meeting until her parents do not speak to each other. M., also told the anger she felt about the interpretation of the previous session, regarding the perfect, idealized family, but realized that her parents conveyed this to her and recognized that her family was not perfect. It caused relief and allowed her to relax. M. realized that she demand on her husband to be the way of her family of origin and perceived competition between the ways of being of each family. It was also interpreted the importance of each one in the couple's relationship and the most appropriate choices to solve problems.

At the 7th session, M. reported the situations in which she felt excluded. The interpretation was about the third person excluded.

In the 8th session, M. expressed anger at the comparison made by the husband of her and other mothers. Past situations where she might felt anger when excluded discussed and compared. She associated the demand of her as a daughter for the attention of her parents and at the same time, expressed concern over the independence of her own daughter and showed having own will. When M. interpreted the anguish of separation, she associated it to her childhood when her mother went to graduate school in another city and visits were only on weekends. M. reported an occasion when the whole family went to visit her mother and, as there was no one to take care of the family dog, her father abandoned the pet at the airport. She reminded that she felt very angry with her father and cried a lot. M. had another dog before leaving her country, but the animal disappeared. She associated herself to the feelings of abandoned animals. M. interpreted separation distress and reacted with tears and fear reporting that she feels fear that her daughter may feel as sorrow as she felt when her mother traveled to work. It discussed that each one makes choices and her mother had done to her, despite the patient does not accept her mother's choice. It was repeated the theorized interpretation regarding the sanctification of her mother and dehumanization of herself.

The 9th session marked by losses and tears, comparisons between fantasy and reality present in the Pope's visit; the theme of film about family disintegration of a drug addicted, actors dead caused by a drug overdose. The role of the actor in the series showed a happy couple. The theorized interpretation discussed the fantasy and idealization, which create frustration in real life. The associations made by the patient were on the high expectations her husband and herself demand on her, and related to frustration, guilt, and failure to achieve these expectations. The interpretation of the demystification of the perfect mother and comparison to scientific data received as reassuring and inclusive (knowing that others may feel like he). The daughter remained "obstinate" (sic), but she could better handle situations. The interpretation of empathy with her daughter, getting to understand and meet the demands of the baby discussed.

The 10th session scheduled at a different time than usual due to the therapist's travel. The patient missed on the scheduled day. This absence interpreted as the patient feeling abandoned by the therapist and retaliating with an absence in session. According to Simon (2005), in OBP with 12 sessions, the patient may try to delay or prevent the end of therapy around the 9th or 10th session due to the unconscious re-experiencing of the infantile depressive position. The ending of psychotherapy, despite not having the same degree of loss of the love object, to the unconscious and symbolically, is associated with this position.

At the 11th session, the patient justified her failure and questioned about replacing; reported that she will travel alone abroad to work and about the concern of leaving the

baby in the care of her husband and the fear of hurting her daughter. The theorized interpretation dealt with the projection of her past experiences and feelings of abandonment. M. reported about her suffering even with the distancing from friends. Despite knowing that her husband will take good care of the baby, M. reported a groundless fear of letting her daughter. M. does not want to lose her daughter's first steps. The interpretation based on the desire to feel important and necessary, projection of the patient's dependence on the baby. M. repeated the speech of her husband who said that biggest problem is she enjoy being alone. M. pointed out an improvement in the marital relationship, the communication and the desire to have more children. She realized that the couple used to worry about their families and imagined situations and how this increased their anxiety. Currently, they are more relaxed and whether there is a job opportunity in Brazil, they plan to stay in the country. The interpretation theorized regarding the role of maturation daughter to become a wife. As she questioned her Brothers' posture, prioritizing their nuclear family, the patient began to prioritize her family. Despite her father's phone call to remind her brother's birthday, she forgot to congratulate him. The fear of being abandoned, and the fantasies of being away from the therapist were checked at the end of the reference OBP. There was also the fantasy undone towards his father that he preferred M and her jealousy of the father's relationship with her brother.

In the 12th and final session, the patient reported a skin problem, flu, and anxiety regarding the trip, in a way that hugged her daughter so much and the she rejected her mother. The theorized interpretation regarding separation distress was associated to separation from her family of origin and the desire to gather the whole family. M. also related it to the difficulty of dealing with job losses resulting from the baby birth. She felt helpless in the face of low productivity at work; her husband tried to help, but the help was not helpful. Given the theorized interpretation about choices, M. reported being more peaceful with her choices and dealing better with its consequences. M. told about difficulties at work, the departure of her co-advisor of area, the feeling of abandonment and insecurity, besides the desire to make an incontestable work. The interpretation made on the repetition of omnipotence and idealization that she had in here affective-relationship sector and productivity sector. M. agreed and recognized the need of improving her communication with colleagues and superiors. She claimed that improved her family relationships thereafter her humanization and confessed her anguish caused the trip; M. noticed that there was an improvement in the relationship with her husband both affectively and sexually; she told better express her desires and anxieties. There verified emotion that cannot be experienced and manifested in the body. In reporting her dream and transference there were an inversion in which the mother is afflicted with separation while the daughter is aversive to her mother. The complaint of the patient in relation to restrictions help of brief therapy indicates remaining voracity and omnipotence. The patient needs help and should search for therapy at another location.

OADS after PBP

In Affective-Relationship sector, the effective adaptation is adequate. The family relationship with her husband and baby is satisfactory and the couple talks more. The patient expresses a desire to have more children. She prioritizes her nuclear family over the family of origin, without feeling guilty for it.

In the Productivity sector, she reports that enjoy much her job, but is conflicted by not producing as much as she would like.

In Organic sector does not report health problems, improved her libido and have been feeling sexual pleasure.

The equation through OADS is:

A-R adequate 3 + Pr slightly adequate 1 = 4

Thus, the adaptive classification in this case is Group 2, that is, slight ineffective adaptation.

DISCUSSION

We conclude that the motivation of the participant and theorized interpretation supported the patient to find adequate solution to her problem-situation and overcome the crisis period. OBP assisted the participant to leave the adaptive crisis and overcome the PPD, enabling improvements in her marital and family relationships, besides the mother-baby relationship. Both the suffering of mothers and the consequences of the PPD in the baby and family indicates the need of taking care of the patients.

PPD is a problem of public health and requires immediate care. It is essential to search for methods of brief psychotherapies due to the high demand and insufficient number of professionals in the health institutions. The OBP may be an alternative among the several methods of brief psychotherapies, with its proven effectiveness in several areas of health.

REFERENCES

- Azevedo, K.R., & Arrais, A.R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 269-276. doi: 10.1590/S0102-79722006000200013
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Torres, E. C. R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 7, 39-48.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Felix, G. M. A., Gomes, A. P. R., & França, P. S. (2008). Depressão no ciclo gravídico-puerperal; Depression in the gravidic-puerperal cycle. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 19, 51-60.
- Gebara, A.C. (2003). *Como interpretar na psicoterapia breve psicodinâmica*. São Paulo: Vetor Editora Psico-pedagógica Ltda.
- Moraes, I. G. D. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. D., Horta, B. L., Sousa, P. L. R., & Faria, A. D. (2006). Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 40, 65-70. doi:10.1590/S0034-89102006000100011
- Motta, M. D. G. C. D., Manfro, G. G., & Lucion, A. B. (2005). Efeitos da depressão materna no desenvolvimento neurobiológico e psicológico da criança. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27, 165-176. <http://hdl.handle.net/10183/70153>
- O'Hara, M., & Zekoski, E. (1997). Postpartum depression: A comprehensive review. In R. Kumar, I.F. Brockington (Eds.), *Motherhood end mental illnes* (pp.17-63). London: Oxford.
- Ruschi, G. E. C., Sun, S. Y., Mattar, R., Chambô Filho, A., Zandonade, E., & Lima, V. J. D. (2007). Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 274-80. doi: 10.1590/S0101-81082007000300006
- Schaeffer, J. (2006). O percurso dos antagonismos entre feminino e maternal. In L. Solis-Ponton (Org.), *Ser pai, ser mãe: Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio* (pp.107-114) (2ª edição). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schmidt, E., Piccoloto, N., & Müller, M. (2005). Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico USF*, 10, 61-8.

- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*, 8, 403-411. <http://hdl.handle.net/10183/23160>
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2005). A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê; The motherhood experience in the maternal depression context at the end of infant's first year of life. *Estudos de Psicologia*, 22, 143-156. doi: 10.1590/S0103-166X2005000200004
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva, novos fundamentos*. São Paulo: 2EPU.
- Simon, R. (2000). Relação entre o diagnóstico operacionalizado, a psicopatologia da depressão e psicoterapia psicanalítica; The relationship between operationalized diagnosis, depression psychopathology, and psychoanalytic psychotherapy. *Mudanças*, 8, 165-190.
- Simon, R. (2005). *Psicoterapia Breve Operacionalizada: Teoria e Técnica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simon, R. (2010). *Psicoterapia Psicanalítica: concepção original*. São Paulo: Casapsi Livraria e Editora Ltda.
- Zinga, D., Phillips, S. D., & Born, L. (2005). Depressão pós-parto: Sabemos os riscos, mas podemos preveni-la? Postpartum depression: we know the risks, can it be prevented? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, S56-S64. doi: 10.1590/S1516-44462005000600005

BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E QUALIDADE DE VIDA NA AMAZÔNIA- DESAFIOS PARA A CIDADANIA

Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas 1, José Luís Pais Ribeiro 2, Valéria Oliveira 3
Rosângela Dutra Moraes 1

1- UFAM; 2- U Porto; 3- UNIR;

Diferentes estudos apontam que o bem-estar psicológico é a maneira os indivíduos avaliam sua qualidade de vida como um todo. O sentimento de satisfação ou bem estar associa-se diretamente ao modo como a pessoa absorve e lida com os fatos e situações de sua vida, muitos destes inerentes ao contexto onde se insere histórica, geográfica e culturalmente que determinaram o curso da vida. Um fato que interrompa a sensação de bem estar pode ser associada a lapsos na gestão episódios estressantes na dimensão pessoal, social e cultural. O que acaba influenciando comportamentos e atitudes determinantes da saúde mental e psicológica levando ao sofrimento pessoal. Dentre esses eventos estão perdas como: o desemprego, o rompimento conjugal, graves doenças ou outros fatos indesejados. O estado de ansiedade/estresse/angústia direta ou indiretamente contribui para o desequilíbrio do corpo e da mente. A busca para o bem estar psicológico passa a ser um elemento preventivo da saúde, lembrando que o otimismo é um importante fator para este, ele vem como uma tendência geral para que algo favorável e positivo se interponha à nossa vida. Os que acreditam que suas ações os levarão a um resultado favorável persistirão até conseguirem alcançar suas metas e objetivos pessoais, profissionais e sociais. Infelizmente, o mesmo não acontece com pessoas que acreditam no fracasso ou que estão psicologicamente abaladas por fatores decorrentes de traumas ao longo de sua vida, tendem a reduzir o esforço em seus objetivos e desistir das metas que eles próprios estabeleceram para si. Certamente são estes momentos que impedem viver de uma forma plena e saudável, e neste período também é importante reconhecer que em diversos momentos a pessoa precisa de apoio psicológico, para que possa enfrentar os desafios da vida de modo a estruturar suas capacidades, objetivos, realizações, metas, inserção social e econômica.. O atendimento em saúde mental e o necessário acompanhamento psicológico constitui um serviço público que precisa ser democratizado e ofertado em qualidade e quantidade a todos os cidadãos. A atenção em saúde mental realizada por profissionais da psicologia visa auxiliar a pessoa em processos de conflitos, angústia, sofrimento, medos, buscando dar suporte que busque encontrar os possíveis caminhos para poder se desenvolver e superar os obstáculos psicoemocionais que o impedem. Neste sentido entendemos que deva existir um esforço em direção à implantação de uma política efetiva de Saúde mental, que contribua para a promoção de mudanças no uso e na gestão dos recursos em todos os territórios nacionais e em especial no interior amazônico, afirmando coletivamente a co-responsabilidade pelo cuidado com a saúde individual e coletiva de

cada pessoa como cidadã, enquanto uma prática dos agentes públicos, instituições, sistema de saúde e sociedade como um todo.

O estudo do ajustamento social entendido como bem-estar psicossocial em sentido amplo constitui uma preocupação antiga da comunidade científica (Ryff, 1989b). O interesse pelo assunto, na atualidade situa-se dentro da abordagem psicológica reconhecida como psicologia positiva. Nesta ótica, assume-se que o ajustamento pessoal traduzido no bem estar psicossocial, tem como indicadores o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico (Novo, 2005). Para Diener (1984; 2000), que usa indiscriminadamente os adjetivos subjetivo e psicológico, o bem-estar subjetivo é indicado por satisfação com a vida, por afetos positivos e negativos e por senso de felicidade.

Já Ryff (1989a, 1989b, 1995) discrimina entre bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico, definindo este último em termos de competências do self, associadas a diferentes indicadores de satisfação e afetos. Propõe um modelo teórico fundamentado no conceito aristotélico de eudaimonia, que significa busca de excelência pessoal, e não busca de prazer, como motivação central da existência. Com base nesse pressuposto e em estudos baseados em auto-relato e em análise fatorial, estruturou um modelo composto por seis dimensões: (i) autonomia - ter um self determinado e independente, capaz de realizar auto-avaliações com base em critérios pessoais e capaz de seguir as próprias opiniões; (ii) propósito de vida- ter objetivos na vida e senso de direção, administrando o passado e o presente, com metas significativas à vida; (iii) domínio do ambiente - ser capaz de administrar atividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal; (iv) crescimento pessoal - ser capaz de manter continuamente o próprio processo de desenvolvimento, estar aberto às novas experiências, tendência à auto-realização, ao aperfeiçoamento e à realização das próprias potencialidades; (v) autoaceitação - ser capaz de aceitação de si e dos outros, com uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos acontecimentos anteriores) e (vi) relações positivas com outros- manter relações de satisfação, de confiança e de afetividade com outras pessoas (Novo, 2005).

O modelo hierárquico de felicidade, bem-estar subjetivo que inclui o psicológico pode ser enquadrado como o conjunto de: (i) Emoções agradáveis: alegria, contentamento, felicidade, amor; (ii) Emoções desagradáveis: tristeza, ira, revolta, preocupação, estresse; (iii) Juízos/avaliações globais da vida: satisfação com a vida, realização pessoal, vida com sentido/significado, sucesso e (iv) Domínios de satisfação: casamento, trabalho, saúde e lazer (Fernandes, 2007)

Considerando aspectos históricos e culturais que caracterizam a sociedade humana, somos levados a afirmar que o senso de bem-estar psicológico é determinado pela interação entre as oportunidades e as condições de vida, a maneira como as pessoas como organizam o conhecimento sobre si e sobre os outros e as formas como respondem às demandas pessoais e sociais. A consciência sobre a existência de um processo de constante deslocamento de metas em relação a objetivos mais elevados favorece o ajustamento e a maturidade individual considerando o contexto histórico-cultural onde se insere.

A qualidade de vida implica na presença do bem-estar que caracteriza em linhas gerais como estado de felicidade, contentamento, baixos níveis de aflição, saúde e aparência física e mental global boas (VandenBos, 2010). A ONU através do PNUD acompanha indicadores de qualidade de vida em termos mundiais. Para o efeito estabeleceu indicadores objetivos que aportam informações associadas a aspectos como educação, habitação, inserção laboral como estruturais e básicos para a realização pessoal e o bem-estar social. Para a ONU (2013), de acordo com o registrado no PNUD

(2013) O conceito de desenvolvimento humano nasceu definido como um processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para tornarem-se aquilo que desejam ser.

Diferentemente da perspectiva do crescimento econômico, que vê o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda que ela pode gerar, a abordagem de desenvolvimento humano procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades. A renda é importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim. É uma mudança de perspectiva: com o desenvolvimento humano, o foco é transferido do crescimento econômico, ou da renda, para o ser humano. O conceito de Desenvolvimento Humano também parte do pressuposto de que para aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é preciso ir além do viés puramente econômico e considerar outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Esse conceito é a base do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um dado utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) para analisar a qualidade de vida de uma determinada população. Os critérios utilizados para calcular o IDH são: Grau de escolaridade; média de anos de estudo da população adulta e expectativa de vida escolar, ou tempo que uma criança ficará matriculada; Renda: Renda Nacional Bruta (RNB) per capita, baseada na paridade de poder de compra dos habitantes. Esse item tinha por base o PIB (Produto Interno Bruto) per capita, no entanto, a partir de 2010, ele foi substituído pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita, que avalia praticamente os mesmos aspectos que o PIB, no entanto, a RNB também considera os recursos financeiros oriundos do exterior; Nível de saúde: baseia-se na expectativa de vida da população, reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento ambiental.

O Índice de Desenvolvimento Humano varia de 0 a 1, quanto mais se aproxima de 1, maior o IDH de um local. De acordo com dados divulgados em novembro de 2010 pela ONU, o Brasil apresenta IDH de 0,699, valor considerado médio, e atualmente ocupa o 73º lugar no ranking mundial. A cada ano o país tem conseguido elevar o seu IDH, fatores como aumento da expectativa de vida da população e taxa de alfabetização estão diretamente associados a esse progresso. No entanto, existem grandes disparidades sociais e econômicas no Brasil. As diferenças socioeconômicas entre os estados brasileiros são tão grandes que o país apresenta realidades distintas em seu território, o que torna irônica classificar o país com alto Índice de Desenvolvimento Humano.

Em novembro de 2010, a ONU, a partir dos novos critérios de cálculo, divulgou uma lista de IDH dos países. Porém, esse novo método ainda não foi aplicado para o cálculo dos estados brasileiros. Agora veja os dados divulgados em 2008 pelo PNUD: 1º - Distrito Federal – 0,87; 2º - Santa Catarina – 0,84; 3º - São Paulo – 0,83. 4º - Rio de Janeiro – 0,83; 5º - Rio Grande do Sul – 0,83; 6º - Paraná – 0,82; 7º - Espírito Santo – 0,80; 8º - Mato Grosso do Sul – 0,80; 9º - Goiás – 0,80; 10º - Minas Gerais – 0,80; 11º - Mato Grosso – 0,79; 12º - Amapá – 0,78; 13º - Amazonas – 0,78; 14º - Rondônia – 0,75; 15º - Tocantins – 0,75; 16º - Pará – 0,75 17º - Acre – 0,75; 18º - Roraima – 0,75; 19º - Bahia – 0,74; 20º - Sergipe – 0,74; 21º - Rio Grande do Norte – 0,73; 22º - Ceará – 0,72; 23º - Pernambuco – 0,71; 24º - Paraíba – 0,71; 25º - Piauí – 0,70; 26º - Maranhão – 0,68 e 27º - Alagoas – 0,67.

Analisando o ranking, as diferenças socioeconômicas no país ficam evidentes, sendo as regiões Sul e Sudeste as que possuem melhores Índices de Desenvolvimento Humano, enquanto o Nordeste possui as piores posições. Nesse sentido, torna-se necessária a realização de políticas públicas para minimizar as diferenças sociais existentes na nação brasileira (ONU, PNUD, 2013).

Embora o estado do Amazonas em média registre um IDHM bom situando-se na 13ª posição nacional, o município de Humaitá registrou o IDHM 2010 de 0,60, situando – se na faixa do IDHM como médio (IDHM entre 0,60 e 0,69). A população de Humaitá (Censo 2010) é de 44227 hab. A densidade demográfica de 1,33 hab/km² distribuída num território que conta com uma área 33.211,68 km². O ano de instalação foi 1890. Localiza-se na microrregião do Rio Madeira, mesorregião Sul Amazonense.

Com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Humaitá de 0,605, em 2010, o município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,60 e 0,69). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,17), seguida por Longevidade e por Renda. Entre 1991 e 2000, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,19), seguida por Renda e por Longevidade (Quadro 1).

Quadro 1

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Humaitá – AM

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,08	0,27	0,45
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	9,19	25,59	40,90
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	14,85	51,85	69,80
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	11,47	30,86	66,47
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	1,33	17,36	30,04
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	1,89	12,50	22,76
IDHM Longevidade	0,669	0,699	0,791
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,15	66,96	72,47
IDHM Renda	0,485	0,565	0,621
Renda per capita (em R\$)	163,40	269,39	382,13

Fonte: Pnud, Ipea e FJP, 2013.

Da mesma forma que Humaitá, os demais municípios do Sul do Amazonas que integram nossa pesquisa, em medidas semelhantes ou desfavoráveis registram indicadores de desenvolvimento humano médio e baixo. Tal realidade carece de investigação para ser entendida uma vez que, apesar de serem municípios seculares, a efetivação dos serviços públicos básicos inerentes à condição de cidadania é precária. Há que se buscar as causas para tamanho abandono da cidadania na Amazônia buscando formas de reparar com urgência os danos ao desenvolvimento pleno de suas populações. O objetivo do estudo é descrever e relacionar o bem estar psicológico e indicadores de exercício de cidadania e inserção sócio econômica de habitantes do Amazonas. O objetivo do estudo é descrever o bem-estar psicológico da população da Amazônia

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa 1300 habitantes do Amazonas de 8 municípios: Humaitá 18,8%, Manicoré 22,4%, Lábrea 17,8%, Manaus 24,3%, Benjamin Constant 11,3%, Tabatinga 3,6%, Novo Aripuanã 1,8% e Tapauá 0,1%. 57,7% são do sexo feminino e

41,3% do masculino. Etnia informada 32% branca, 13% negra, 16,1% indígena e 38,9% outra. 67,7% são solteiros, 18,5% casados, 1,8% divorciados, 11,5% vivem em união estável e 0,5% são viúvos. Quanto à renda familiar 28,5% não possuem renda fixa; 22,2% dispõem de até 1 salário mínimo; 24,2% de 1 a 2 salários mínimos; 11,5% de 2 a 3 salários mínimos; 6,1% de 3 a 5 salários mínimos e 7,5% dispõem de mais de 5 salários mínimos. Quanto a prevenção e tratamento de saúde junto a instituições oficiais 49,8% já visitaram médicos; 50, 2% não. 58,6% já foram a dentistas; 41,4% não. Quando à saúde mental e psicológica, 21,9% informaram que já visitaram psicólogos enquanto que 78,1% não.

Material

O instrumento utilizado para obtenção dos dados apresentados e discutidos neste texto foram obtidos a partir da aplicação da *Escala de bem-estar psicológico – versão experimental reduzida* (2004) construída a partir das *Scales of psychological well – Being* (Ryff, 1988) por Novo et al. (1997), 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; 2. Discordo em parte; 3. Discordo parcialmente; 4. Concordo parcialmente; 5. Concordo em grande parte e 6. Concordo completamente e 1 item aberto para uma resposta livre sobre o tema em avaliação.

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 e dimensão. Os dados obtidos a partir do item 19 que foi uma questão aberta não serão apresentados neste trabalho.

RESULTADOS

Os resultados desta aproximação inicial aos dados revelam elevados indicadores de bem-estar psicológico, apesar dos indicadores desfavoráveis de acesso a serviços públicos na condição de cidadãos bem como de inserção socioeconômica. No quadro 2, são observados os indicadores de média e desvio padrão dos itens em cada dimensão da escala em estudo: Do exame dos resultados verificados em termos de medidas de média e desvio padrão que os indicadores são favoráveis ao estilo de bem estar psicológico positivo com relação aos participantes da pesquisa. Apesar das circunstâncias limitantes em termos de estrutura de serviços públicos ofertados bem como baixos indicadores de renda e escolaridade média.

Quadro 2

Média e desvio padrão Escala Bem-Estar Psicológico 18 itens (Novo et.al. 1997) aplicada a habitantes do Amazonas, 2013. N=1193, mínimo 1- máximo 6.

Dimensão	Descrição do item	M	D P
1.AUTONOMIA	<i>1.Não tenho medo de falar minhas opiniões mesmo quando são contrárias à da maioria das pessoas.</i>	4,35	1,54
	<i>7.Tenho tendência a me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.</i>	3,51	1,86
	<i>13.Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas de opiniões firmes.</i>	3,30	1,81
2.DOMÍNIO DO MEIO	<i>2.Sinto-me frequentemente “atarefado” pelo peso das responsabilidades.</i>	4,29	1,52
	<i>8.Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a fazer tudo o que preciso fazer</i>	4,38	1,50
	<i>14.Tenho dificuldade de organizar minha vida de forma a que me satisfaça.</i>	3,12	1,73
3.CRESCIMENTO PESSOAL	<i>3,Penso que é importante ter novas experiências que mostrem a forma como pensamos sobre nós mesmos e o mundo.</i>	4,97	1,28
	<i>9.Sinto que ao longo do tempo tenho me desenvolvido muito como pessoa.</i>	4,89	1,30
	<i>15.Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.</i>	2,45	1,70
4.RELAÇÕES POSITIVAS	<i>4.Manter relações estreitas com os outros tem sido para mim difícil e frustrante.</i>	3,02	1,71
	<i>10.Sinto que posso contar com minhas amizades.</i>	4,22	1,60
	<i>16.Não tive a experiência de manter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.</i>	3,09	1,77
5.OBJETIVOS NA VIDA	<i>5.Não tenho bem a noção do que quero na vida.</i>	2,46	1,75
	<i>11.Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalho para torná-los realidade.</i>	4,99	1,30
	<i>17. Em ultima análise, olhando para trás, não tenho certeza de que minha vida tenha valido muito a pena.</i>	2,48	1,83
6.ACEITAÇÃO DE SI	<i>6.Quando revejo minha vida, fico contente com o que vivi.</i>	4,24	1,57
	<i>12.Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade</i>	4,74	1,37
	<i>18.Em muitos aspectos, sinto-me desiludido com o que alcancei na vida.</i>	2,39	1,68

Fonte: Base de dados pesquisa/LAPESAM, UFAM, 2013.

A continuidade da pesquisa no que se refere às visitas e grupos de discussão poderão aportar novos dados e informações que favoreçam a ampliação da oferta de conhecimentos para melhor compreensão do perfil de bem estar psicológico de habitantes do Amazonas, associando-os com indicadores de exercício da cidadania e qualidade de vida.

A renda familiar é um indicador importante considerando que se associa à escolaridade, inserção socioeconômica vinculando-se às condições materiais básicas para subsistência e a vida em sociedade. Considerando a limitação do estudo optamos por analisar esta variável para ilustrar a importância da renda para o bem estar psicológico em tempos de capitalismo, mesmo no contexto amazônico onde os apelos para o consumo ocorrem em menor intensidade. Dos 18 itens da escala em estudo 15 apresentaram-se impactados em alguma medida pela variável.

Quadro 3

Anova Escala Bem-Estar Psicológico 18 itens (Novo et.al. 1997) aplicada a habitantes do Amazonas, 2013. N=1193, associada à variável renda.

Dimensão	Descrição do item	F	p
1.AUTONOMIA	1.Não tenho medo de falar minhas opiniões mesmo quando são contrárias à da maioria das pessoas.	10,03	0,006
	7.Tenho tendência a me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	20,65	0,0001
2.DOMÍNIO DO MEIO	8.Sou capaz de utilizar bem o meu tempo de forma a fazer tudo o que preciso fazer	6,33	0,01
3.CRESCIMENTO PESSOAL	3.Penso que é importante ter novas experiências que mostrem a forma como pensamos sobre nós mesmos e o mundo.	6,46	0,01
	9.Sinto que ao longo do tempo tenho me desenvolvido muito como pessoa.	36,50	0,0001
4.RELAÇÕES POSITIVAS	15.Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	10,41	0,0001
	10.Sinto que posso contar com minhas amizades.	10,01	0,0001
5.OBJETIVOS NA VIDA	5.Não tenho bem a noção do que quero na vida.	4,22	0,04
	11.Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalho para torná-los realidade.	11,00	0,001
6.ACEITAÇÃO DE SI	17. Em ultima análise, olhando para trás, não tenho certeza de que minha vida tenha valido muito a pena.	52,06	0,0001
	6.Quando revejo minha vida, fico contente com o que vivi.	18,36	0,0001
	18.Em muitos aspectos, sinto-me desiludido com o que alcancei na vida.	23,15	0,0001

Fonte: Base de dados pesquisa/LAPESAM, UFAM, 2013.

DISCUSSÃO

Tomando em consideração o processo de globalização que acelerou o processo de avanço do capitalismo pelos países como um todo, verificamos seus efeitos sobre o bem-estar psicológico de habitantes do Amazonas. Da análise da totalidade dos dados apresentados neste trabalho, verificamos que o perfil de bem-estar psicológico dos participantes da amostra tende a ser positivo.

A continuidade do estudo aportará novas informações que poderão contribuir para ampliação do conjunto de conhecimentos associados ao tema disponível. A conclusão da pesquisa aportará também, indicadores robustos que poderão apoiar políticas públicas para melhoria do bem-comum contribuindo para a estruturação de programas de apoio a Saúde Emocional, Mental e Psicossocial desta população visando contribuir para a ampliação do exercício da cidadania e inserção socioeconômica com qualidade de vida no contexto amazônico brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:org/10.1037//0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. doi:org/10.1037//0003-066X.55.1.34
- Fernandes, H. M.G. (2007). *Bem estar psicológico em adolescentes – uma abordagem centrada no florescimento humano*. Tese doutoramento, Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

- Novo, R. F., Duarte-Silva, M. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das 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.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação, *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20, 183-203.
- ONU/PNUD. Atlas do desenvolvimento Humano do Brasil, 2013. Consultado em 12/2013
http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2013.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas2013
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55. doi:org/10.1177/016502548901200102
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it ? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. doi:org/10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727. doi:org/10.1037//0022-3514.69.4.719
- VandenBos, G. R. (2010). *Dicionário de Psicologia* – APA, Porto Alegre, Artmed.

PSICOLOGIA AMBIENTAL, ESTILO DE VIDA E SUSTENTABILIDADE: POSSIBILIDADES PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Carine Mendonça de Farias , Fabiana Coelho Fernandes & Marlise Aparecida Bassani

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP

Nas últimas décadas, muito se ouve falar a respeito da preservação do meio ambiente, da sustentabilidade e do desenvolvimento sustentável. As sociedades contemporâneas revelam que o impacto dos homens sobre o meio ambiente torna-se cada vez mais complexo. Defender e melhorar o ambiente humano para as gerações presentes e futuras tornou-se um objetivo fundamental para a humanidade, uma meta a ser atingida em conjunto com os objetivos estabelecidos e fundamentais da paz e do desenvolvimento econômico e social em todo o mundo (ONU, 1972).

Desenvolvimento Sustentável é um termo utilizado para definir ações e atividades humanas que visam suprir as necessidades atuais dos seres humanos, sem comprometer o futuro das próximas gerações. Está diretamente relacionado ao desenvolvimento econômico e material, usando os recursos naturais de forma inteligente para que eles se mantenham no futuro. O desenvolvimento sustentável deve tornar-se um princípio orientador central das Nações Unidas, governos, instituições privadas, organizações e empresas (ONU, 1987).

Corral-Verdugo e Pinheiro (2004) consideram que é necessário cuidar não somente dos recursos naturais e sua diversidade, mas também dos recursos sociais e culturais.

Uma sociedade sustentável, portanto, é aquela que dá aos seus integrantes condições de acesso a satisfações de índole física e social, que é equitativa na distribuição dos seus recursos naturais e sociais, que promove o progresso na aquisição de conhecimentos, e que mantém intacta a integridade dos recursos naturais (Corral-Verdugo, 2010, p. 30).

Para Corral-Verdugo (2010), os níveis de impacto da sustentabilidade contêm indicadores psicológicos, ressaltando que as sociedades sustentáveis devem medir estes indicadores, citando como exemplo: a felicidade e o bem estar subjetivo. Neste sentido, a Psicologia Ambiental é a área encarregada de estudar e promover a conduta sustentável, que o autor define como o conjunto de ações efetivas para o cuidado dos recursos naturais e socioculturais para garantir o bem estar da humanidade no presente e no futuro (Corral-Verdugo & Pinheiro, 2004).

García-Mira, Camecelle e Martinez (2003) afirmam que a Psicologia Ambiental não surgiu espontaneamente e que seu aparecimento e desenvolvimento ocorreram graças ao reconhecimento de que as relações entre a pessoa e seu ambiente são peças chave para determinar sua qualidade de vida. Esses autores consideram a qualidade de vida como um conceito complexo que, somado aos elementos objetivos que envolve, inclui

 - Carine Mendonça de Farias, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil email-
carinefarias@hotmail.com

também uma percepção subjetiva da pessoa e que esta seria o resultado de experiências adquiridas ao longo da vida na interação com as outras pessoas e com o ambiente físico. Eles defendem ainda que a qualidade de vida das pessoas está relacionada com a maneira pela qual são administrados os recursos naturais, uma vez que estes devem atender a uma grande demanda que pretende consumi-los.

Bassani (2004a, 2012a) propõe que a Psicologia Ambiental é a área da Psicologia que estuda as interrelações pessoa-ambiente seja ele natural ou construído, onde as pessoas modificam o ambiente e este modifica as pessoas, em relações mútuas. Esta área tem como pressuposto uma visão integrada do ser humano, que o considere em toda a sua complexidade, em todas as suas dimensões e reconhece que, para tanto, é necessário somar saberes e agregar conhecimento de diferentes disciplinas.

Desta forma, é possível perceber que qualidade de vida e sustentabilidade caminham juntos. Neste momento, no entanto, cabe o reconhecimento da importância da qualidade de vida na saúde das pessoas. Existe uma grande quantidade de pesquisas na área da saúde a respeito destes temas e sua relação com algum tipo de enfermidade ou dificuldade de saúde específica (Farias, 2011). Os instrumentos utilizados para avaliar a qualidade de vida são, em sua maioria, voltados para alguma população específica em determinada condição de saúde.

Como assinala Bassani (2004b, 2012b), a Psicologia tem sido mais conhecida pela sua atuação na área clínica, em hospitais e consultórios, do que pelo seu caráter de prevenção e promoção de saúde. Isto pode ocorrer devido ao paradigma dominante que se baseia no modelo biomédico e seu caráter curativo, focado na supressão de sintomas e não na sua compreensão e resolução e muito menos na prevenção de seu aparecimento.

Tal paradigma está tão sedimentado na sociedade moderna que, de certa forma, já faz parte da cultura das pessoas deixar para cuidar da saúde após o adoecimento. Esta situação pode inclusive ser sustentada por interesses econômicos que giram em torno de descobertas de tratamentos e medicamentos avançados, que geram um capital considerável e que mantém a população doente e dependente de tais recursos.

Tanto a Psicologia Ambiental quanto a Psicologia da Saúde podem ser compreendidas como uma ruptura com este modelo de saúde, onde o ser humano passa a ser considerado em sua totalidade e onde o foco de ação não é curativo, mas sim preventivo. O fortalecimento do diálogo entre a Psicologia Ambiental e a área da saúde podem contribuir de forma significativa para a promoção da saúde das pessoas e sua qualidade de vida, pois os estudos e intervenções de ambas as áreas têm como objetivo comum propiciar às pessoas saúde, bem estar e relações saudáveis consigo mesmo, com as outras pessoas e com o meio ambiente.

A percepção, a avaliação do indivíduo e sua expressão de incômodo passaram a ser uma combinação que está diretamente relacionada ao bem estar e à qualidade de vida, conceitos centrais da Psicologia Ambiental neste novo século. O papel da Psicologia Ambiental passa a ser a análise das condições da congruência do indivíduo com seu ambiente, relacionado ao bem estar e qualidade de vida, como um desafio imposto pela globalização (Moser, 2004).

Estilo de vida e saúde humana

O estilo de vida vem sendo amplamente estudado na área da saúde por áreas como Medicina, Enfermagem, Nutrição e Educação Física e, segundo levantamento bibliográfico realizado por Farias (2011), a Psicologia é a área que menos estuda este tema. O termo estilo de vida é citado muitas vezes nos trabalhos, mas sempre de forma superficial, sem que haja uma definição conceitual, e está quase sempre relacionado à ideia de rotina e hábitos como, por exemplo: tabagismo, sedentarismo e alimentação.

Entendemos que esta conceituação é reducionista e não considera a subjetividade das pessoas, bem como a complexidade existente, impossibilitando inclusive o avanço e aprofundamento de estudos sobre o referido tema. Cabe aqui ressaltar que o levantamento citado aponta ainda para algumas características predominantes nas pesquisas encontradas, como o fato de serem estudos quantitativos, que seguem o modelo biomédico e que são realizados em alguma população específica com determinada enfermidade.

Outra revisão bibliográfica, realizada por Loureiro (2007), mostra que os estudos realizados sobre estilo de vida o consideraram tanto um fator ligado ao tratamento de doenças e restabelecimento da saúde quanto à profilaxia e prevenção de doenças. Ambas as autoras reconhecem a necessidade de mais pesquisas qualitativas sobre estilo de vida e de maior participação da Psicologia para o avanço e aprofundamento de estudos sobre o tema.

García-Mira, et al. (2003) não definem conceitualmente o termo, mas consideram que a adoção de determinado estilo de vida é o que vai proporcionar ou não qualidade de vida para a pessoa. E, podemos acrescentar aqui, que é também o estilo de vida da pessoa que vai ou não proporcionar a esta uma vida sustentável, com atitudes pró-ambientais ou gerando impactos ambientais indesejáveis.

Corraliza e Martin (2000) contribuem para uma definição estilo de vida, considerando-o como o resultado de um conjunto de valores que se relacionam e que orientam a pessoa na sua compreensão de mundo e na sua forma de agir nele. Desta forma, podemos entender que o estilo de vida é a representação dos valores, atitudes e comportamentos de uma pessoa.

É preciso reconhecer a importância de investigações e intervenções que propiciem à população em geral a possibilidade da construção de estilos de vida mais saudáveis e sustentáveis que, naturalmente geram bem estar e qualidade de vida. Porém, é imprescindível considerar que mudanças no estilo de vida não são fáceis de serem conquistadas, pois envolvem diversos âmbitos, como: fatores ambientais físicos e sociais, acesso à informação, além de crenças e valores. Ou seja, para ocorrer uma mudança no estilo de vida, a pessoa deve compreender profundamente suas razões, ver nelas um sentido legítimo e significá-las de forma positiva em seu psiquismo, ela deve julgar tais mudanças como necessárias e importantes, identificando-se profundamente com elas, caso contrário não serão modificações significativas, efetivas e duradouras.

Devemos reconhecer que uma mudança profunda no estilo de vida das pessoas resultaria em uma mudança coletiva e global na forma de se relacionar com os outros e com o meio ambiente, o que seria extremamente adequado no atual contexto histórico e cultural, considerando a influência positiva na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Talvez possamos até mesmo afirmar que no ambiente urbano esta mudança é ainda mais urgente. Do ponto de vista da saúde, percebemos que é comum moradores de cidades grandes, terem hábitos que comprometem a saúde, como alimentação inadequada e sedentarismo, além do estresse gerado por diversos fatores. Já do ponto de vista ambiental, percebemos as grandes cidades como ambientes causadores de grandes impactos ambientais, devido à produção excessiva de bens, ao consumo exagerado e à grande quantidade de resíduos gerados e poluentes lançados nas águas e no ar.

Da perspectiva do comportamento humano, podemos observar que as pessoas nas grandes cidades tendem a ser mais competitivas e individualistas. O homem moderno parece sofrer uma pressão social para se destacarem no mercado de trabalho e possuir determinados bens que revelam seu *status* e condição social.

Vleck (2003) considera que atualmente presenciamos três consequências da modernização da sociedade: superpopulação, consumo em excesso e tecnologia

excedente. Acrescenta ainda que vivemos o “dilema dos comuns”, conflito entre um interesse aglomerado coletivo e numerosos interesses individuais. Segundo o autor, isto seria um obstáculo para a sustentabilidade. Para o referido autor, as pessoas em geral podem não reconhecer um dilema dos comuns ou porque não estão cientes dos danos coletivos, ou porque não reconhecem sua responsabilidade, não consideram que os riscos sejam tão importantes a longo prazo tendo em vista os inúmeros benefícios a curto prazo, ou conhecem o risco, mas acreditam que nada pode ser feito.

Ele propõe que sejam providenciadas mudanças nos comportamentos das pessoas para que se encontre a resolução para os dilemas dos comuns por meio do alcance de um equilíbrio sustentável entre benefícios e riscos individuais e coletivos. Sugere sete estratégias gerais para mudança de comportamento no manejo de dilemas dos comuns, são elas: (1) provimento de alternativas físicas, (re)arranjos; (2) regulamentação-e-execução; (3) estimulação econômico-financeira; (4) provimento de informação, educação, comunicação; (5) modelamento social e suporte; (6) mudança organizacional; (7) modificação de valores e moralidade; (8) “esperar para ver” (Vleck, 2003).

O autor em tela admite que todas essas opções têm suas forças e fraquezas, ressaltando que a estratégia de número 7 se apresenta como uma solução cultural que poderia ocasionar muitas mudanças de comportamento, a fim de que regulamentação explícita não fosse mais necessária. Esta afirmação corrobora a ideia de que as mudanças efetivas de comportamento dependem de uma mudança mais profunda, no nível das crenças e dos valores individuais.

Isto pode ser uma contribuição importante para a área da saúde de duas formas diferentes: pode orientar intervenções mais efetivas para mudanças de comportamentos de pacientes já diagnosticados com alguma enfermidade e que devem mudar seu estilo de vida para recuperar sua saúde. De outro modo, pode facilitar a mudança no estilo de vida de pessoas que ainda não estão gravemente doentes, mas que correm esse risco. Como foi mencionado acima, Loureiro (2007) em sua revisão bibliográfica identificou que o estilo de vida da pessoa pode ser um fator determinante para o desenvolvimento de algumas enfermidades, mas por outro lado tem em si a possibilidade de recuperação e cura.

O impacto do ambiente na saúde humana

A Psicologia Ambiental considera que os problemas ambientais são na verdade problemas humano-ambientais, pois tem estreita relação com o comportamento das pessoas (Bassani, 2004a, 2012a). Não podemos conceber pessoa e ambiente como entidades completamente separadas. Isso significa que não podemos pensar a respeito da degradação ambiental, sem considerarmos o papel das ações humanas neste contexto.

Qualquer análise sobre as possíveis soluções destes problemas humano- ambientais deve considerar os comportamentos e valores das pessoas frente ao ambiente. As interrelações são estudadas considerando as dimensões espaciais, temporais e culturais, transitando do particular para o global, do privado ao público. Articular tais aspectos com os valores, as crenças e referências religiosas aos comportamentos humanos de degradação ambiental ou pró ecológicos, são implicações para os profissionais que se propõem a trabalhar com Psicologia Ambiental (Bassani, 2011).

Como assinala Bassani (2011), os trabalhos desenvolvidos pelos alunos vinculados ao Núcleo Configurações Contemporâneas da Clínica Psicológica, do Programa de Estudos Pós Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP, em sua vertente *Psicologia e Meio Ambiente*, estudam as interações pessoa-ambiente e seus impactos na saúde humana, com a proposta de atuação do psicólogo no enfrentamento de problemas advindos dessas interações.

Neste sentido, quando se fala em saúde humana, é imprescindível considerar as questões ambientais, o contexto físico e social que influenciam as condições de saúde da pessoa e suas possibilidades de escolha. Portanto, para se promover saúde é fundamental um ambiente que incentive hábitos saudáveis e que facilite escolhas conscientes e adequadas ou, pelo menos, que não seja um ambiente prejudicial à saúde das pessoas que o habitam ou frequentam.

Ambientes que favorecem o bem-estar, que promovem a interação social e que trazem sentimentos de segurança e pertencimento contribuem muito para a qualidade de vida da pessoa, pois facilitam a satisfação pessoal com a própria vida e com o meio ambiente no qual está inserido e com o qual se relaciona.

Considerando o sistema de saúde pública vigente no país, existe atualmente um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. O desafio colocado para o gestor federal do Sistema Único de Saúde (SUS) consiste em propor uma política transversal, integrada e interssetorial, que dialogue com as diversas áreas do setor sanitário, com os outros setores do governo, com os setores privados e não-governamentais e com a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade no que diz respeito à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

Tais compromissos foram firmados pelo Ministério da Saúde com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2010, ressaltando a importância da ampliação e a qualificação das ações de promoção de saúde nos serviços e na gestão do SUS. A estratégia de promoção da saúde no SUS é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país (violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada) e potencializando assim formas mais amplas de intervir em saúde.

Faz-se necessário dar importância à qualidade dos espaços físicos para proporcionar melhores condições de vida e promover efetivamente a saúde das pessoas. A possibilidade de escolhas saudáveis por parte das pessoas contribuiria para uma transformação no comportamento delas e possibilitaria relações mais saudáveis e ambientalmente satisfatórias. Para tanto, a Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) traz a seguinte contribuição:

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde (...) e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (Brasil, 2010, p. 11).

De fato, as escolhas individuais estão ligadas àquilo que a pessoa acredita ser sua necessidade, ou seja, ela tem determinados comportamentos em detrimento de outros, pois acredita que é dessa forma que ela vai satisfazer suas necessidades e seus desejos. É o mesmo que dizer que as crenças e valores da pessoa, em combinação com a estrutura física e as possibilidades ou dificuldades de seu ambiente, vão constituir o estilo de vida da pessoa.

Podemos considerar então que um ambiente saudável e ecologicamente adequado é aquele que proporciona às pessoas bem estar e saúde e gentilmente induz comportamentos pró-ambientais por parte delas. É possível afirmar inclusive, que a saúde das pessoas depende da saúde do planeta e vice-versa e que o bem-estar em todas

essas dimensões resulta em um ambiente sustentável e que promove a qualidade de vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

- Bassani, M. A. (2004a) Psicologia ambiental: Contribuições para a educação ambiental. In V. S. Hammes (Ed), *Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável – Proposta Metodológica de Macroeducação*. (vol. 2, ed 2, pp. 153-157). Brasília: Embrapa.
- Bassani, M. A. (2004b) O consenso e o agir na educação ambiental. In V. S. Hammes, (Ed), *Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável – Proposta Metodológica de Macroeducação* (vol. 2, ed 2, pp. 199-203). Brasília: Embrapa.
- Bassani, M. A. (2012a). Psicologia ambiental: Contribuições para a educação ambiental. In V.S. Hammes (Ed.), *Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável – Proposta metodológica de macroeducação* (vol. 2, ed 3, pp. 153-157). Brasília: Embrapa.
- Bassani, M. A. (2012b). O consenso e o agir na educação ambiental. In V.S. Hammes (Ed.), *Educação ambiental para o desenvolvimento sustentável – Proposta metodológica de macroeducação* (vol. 2, ed 3, pp. 199-203). Brasília: Embrapa.
- Bassani, M. A. (2011) *Vida urbana: Estudos em Psicologia Ambiental*. Santo André: ESETec Editores Associados.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. (ed. 3). Brasília: Ministério da Saúde.
- Corral-Verdugo, V., & Pinheiro, J. Q. (2004) Aproximaciones al estudio de la conducta sustentable. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 5, 1-26. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd27/corral.pdf>
- Corral-Verdugo, V. (2010) *Psicología de la sustentabilidad: Un análisis que nos hace pro ecológicos y pro sociales*. México: Trillas.
- Farias, C. M. (2011) *O estilo de vida de praticantes e estudiosos de Yoga*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- García-Mira, R., Cameselle, J. M., & Martinez, R. (2003) Culture, quality of life and globalization. In R. García-Mira, J. M. Cameselle, & R. Martinez (Eds.), *Culture, Environmental Action and Sustainability*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Loureiro, L. (2007) *Geniosas e determinadas: Mapeando o estilo de vida de portadoras da Síndrome dos Ovários Policísticos sob o olhar da Psicologia Analítica – um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Moser, G. (2004) La Psicología Ambiental: del analisis a la intervención de la perspectiva del desarrollo sustentable. In E. T. Tassara, E. P. Rabinovich, & M. C. Guedes (Eds), *Psicologia e ambiente* (pp. 169-193). São Paulo: Educ.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1972). Disponível em <http://www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/estocolmo1972.pdf>. Acesso em 03/11/13.
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1987). Disponível em <http://www.onu.org.br/rio20/documentos/>. Acesso em 03/11/13.
- Vlek, C. (2003). Globalização, dilemas dos comuns e qualidade de vida sustentável: do que precisamos, o que podemos fazer, o que podemos conseguir?. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8, 221-234. doi: 10.1590/S1413-294X2003000200004.

ENCONTRO COM O SUJEITO: O ATO ANALÍTICO NO CONTEXTO DO HOSPITAL GERAL

Fátima Dysman , Amanda Cafezeiro, Flavia Lopes, Letícia Figueirinha e Tatyana Reis

Instituto de Psicologia (IP), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG),
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro – Brasil

O saber científico, presentificado na rotina hospitalar em protocolos e ações despersonalizadas, tenta retomar a ilusão por todos nós sustentada no reduto de nossas vidas, de estabilidade, de pertinência, de sentido e de controle do percurso existencial, tenta assim suturar o Real⁷. O Real, entendido aqui, como remetido ao impossível de ser suportado. Porém, infrutíferas são estas estratégias, porque o sofrimento humano persiste e nos atinge de forma silenciosa, provocando atos e situações institucionais, estes muitas vezes não tão silenciosos, sintomaticamente na dinâmica hospitalar.

O analista no hospital parte de uma aposta que tem o vetor diametralmente oposto ao abafamento do Real. Tenta dar voz a cada ser humano, retirando-o de um lugar de anonimato, de corpo-carne, de solvência, provocando uma articulação própria do sujeito com sua história, desvelando seus sentimentos, paixões e angústias singularmente. No período de internação, a doença tende ser mais valorizada pela equipe de saúde em detrimento aos anseios e singularidades próprias do paciente ou cuidador. A estadia em um ambiente hospitalar não consiste somente na cura física, mas a capacidade de saber lidar com questões que remetem a conteúdos subjetivos que irão influenciar a forma de agir do sujeito na instituição.

Como no caso de uma mãe que, ao se deparar com a enfermidade do filho, entra em desespero para recuperar o controle que tentou manter ao longo de sua vida, responsabilizando-se totalmente pelos cuidados da criança. A mesma posição assumida existencialmente é repetida rigidamente em relação ao seu filho hospitalizado, independente das orientações ou prescrições feitas pelos profissionais de saúde.

A posição ocupada pelo analista pressupõe a cada encontro, possibilitar uma brecha para que o paciente deslize nas significações de sua história, de seu sentido particular da doença vivenciada, viabilizando a fala que tangencia o “furo do Real”, dando contorno à sua experiência subjetiva através de suas próprias palavras e recursos internos. Diz-nos Simões (2011): “Sabe-se que em uma urgência, o simbólico está destituído do seu lugar

 - Maria de Fátima Carneiro Dysman Gomes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rua Doutor Satamine 223/902 Tijuca. Rio de Janeiro. Brasil. Cep:20270-233, e-mail: fdysman@gmail.com

⁷ REAL: Termo empregado como substantivo pó Lacan, para designar uma realidade fenomênica que é imanente à representação e impossível de simbolizar. Utilizado no contexto de uma tópica, o conceito de real é inseparável do outros dois componentes desta, o imaginário e o simbólico (Roudinesco, 1998,p.644).

e é preciso convocar o sujeito a usar a palavra, construir um ancoradouro ao redor do vazio” (p.65).

Relato Clínico: "bebê obeso"

A chegada à consulta de uma mãe com sua bebê de 9 meses, mobiliza a equipe de saúde. Escuto falas preocupadas e com certo tom de acusação à figura materna pela manutenção de um *“bebê obeso”*. Presente na consulta, acompanho uma médica sentada fazendo perguntas minuciosas sobre os horários de alimentação do bebê, redigindo sistematicamente as anotações e uma mãe respondendo quase defensivamente com frases *“só mamou no peito”, “come só um pouquinho”, “nem come tanto assim”*, enquanto paradoxalmente parece exibir orgulhosamente em seu colo, uma bebê *“gordinha”* e sorridente.

Pergunto-me sobre meu lugar nessa interconsulta, que deverá possibilitar uma fala da mãe sobre seu bebê, sem excluir uma equipe que parece se sentir impotente, ao constatar o aumento excessivo de peso do bebê a cada consulta. Enquanto sinto o desconforto desse complicado lugar, sou invadida mentalmente pela imagem fantasiosa de uma mãe sendo torturada para confessar sua culpa e a imagem de um bebê *“Johnson”* cheio de dobrinhas e feliz, o ideal de todas as mães.

Resolvo intervir fazendo perguntas aleatórias sobre bebê. Tento acentuar uma diferença entre a postura séria da médica, debruçada sobre as anotações, com a minha, sorridente e debruçada sobre ela e a bebê. Valorizo suas percepções e vivências sobre sua bebê.

Quando a médica retoma com perguntas, totalmente focadas nos horários das refeições, pergunto o que a mãe acha que está fazendo a sua filha engordar. Ela começa a falar mais livremente e subitamente me pergunta *“você sabe quantos filhos eu tenho? Nove filhos.”* Passa então a me relatar dos seus nove filhos e durante seu relato fica claro que engravida quando, para ela, cada um deixou de ser bebê. Inclusive só pára de amamentar quando engravida. Mas agora *“ligou as trompas”* e este é seu *“último bebê”*. Acrescenta que dorme atualmente com o seu filho de 4 anos e a bebê, uma rotina que sempre se repetiu com os dois filhos mais jovens. Quando pergunto onde dorme seu marido, que é o pai dos seus nove filhos, responde *“não sei, em algum lugar da casa”*.

A médica passa a prescrever enfaticamente os horários das refeições e o que deve ser feito, como o correto para a saúde do bebê, relatando todas as assustadoras conseqüências, caso as prescrições não forem seguidas. Após, inicia instruções sobre como, para a preservação desta mesma saúde, ela deverá acomodar o bebê para dormir em um berço separado da cama. A mãe rapidamente acrescenta, olhando para mim *“eu posso até alimentá-lo nos horários, mas não consigo dormir sem ele, parece que falta um pedaço de mim”*. Após a consulta, converso informalmente com a equipe que acompanha o caso. Todos relatam a falta de entendimento da mãe em fazer e se responsabilizar pelas prescrições dadas, inviabilizando o desenvolvimento normal do bebê, inclusive o motor.

Percebo certa crítica à minha atuação na consulta, já que minhas perguntas destoavam e tiravam de foco a questão que estava sendo abordada. Explico que precisava ocupar outro lugar, para que a paciente se sentisse mais à vontade e falasse um pouco da vivência com seu bebê. Explico isso, como uma aposta que fiz para que surgisse algo mais a respeito dessa mãe, no intuito de tornar mais claro a relação desta como a bebê. Digo que não há dúvida que a mãe não segue as prescrições médicas, mas a questão é: porque ela não as faz? Digo que, no meu ponto de vista, ela nos deu uma pista bastante significativa, quando relatou sua posição subjetiva repetida de ser a mãe de um bebê, seguido de outro em substituição. Aponto que para este bebê não há

substituição, logo talvez ela não possa permitir a este, deixar de ser um bebê, ficando o mesmo cristalizado como tal.

Para o discurso universalizante da ciência, que sustenta os preceitos e rotinas do hospital, o importante é a verdade dos fatos. Assim, escutam-se os fatos e recorre-se aos mesmos para elucidar o atendimento clínico. Este discurso se apóia na concepção de um discurso de mestria, que torna inválido a apropriação leiga, por parte do paciente, do seu corpo, de suas próprias verdades e concepções, ocasionando uma confusão de línguas, capaz de protagonizar inúmeros desencontros. Como relata Ferrari (2002): “A enfermidade perdeu sua inscrição no registro da linguagem, uma vez que dela foi esvaziada a existência de um saber por parte do paciente” (p. 90).

Assim, no caso do “*bebê obeso*”, a escuta da fala materna só tem relevância para investigar os fatos de como é efetuada alimentação do bebê e corrigir a forma errônea, através de uma orientação específica. O saber e a verdade estão do lado do especialista.

Para a Psicanálise os fatos não são tão relevantes, quanto à posição que o sujeito se situa frente a estes. O que escutamos inicialmente é a versão dos fatos elaborada pelo sujeito. Desta forma, nossa escuta é orientada para o conteúdo da fala do paciente, que muitas vezes destoa do foco da doença em si, dando outras associações e sentidos que, apesar de não terem um sentido fisiológico, fazem muito sentido, no que diz respeito ao arcabouço psíquico do paciente. Entretanto, outra etapa se faz necessária para possibilitar vislumbrar a Posição Subjetiva⁸ deste.

Como evidência Miller (1997):

O essencial, contudo, é o que o paciente diz. Esta frase “O essencial é o que o paciente diz” significa precisarmos nos separar da dimensão do fato, para entrarmos na dimensão do dito, ... No método lacaniano, porém, não basta passar da dimensão do fato para a do dito (p.235) [grifo nosso]

Desta forma, Miller nos adverte que a dimensão do *Dito* não é também a direção da escuta do analista. Ele deve não apenas escutar a narrativa do paciente, mas a forma como esta é realizada. A forma como se apresenta, suas ambivalências e intensidades em enunciados aparentemente banais, os enganos, todos estes aspectos transbordariam no *Enunciado* do sujeito, marcando o aparecimento do sujeito do inconsciente, com suas formas de conflitos, enrijecimento e posições fixas diante do mundo. Enfim, a escuta destes, permitem o desnudamento da sua *Posição Subjetiva*.

Desta maneira, ir dos fatos aos ditos não é suficiente, um segundo passo essencial é questionar a posição tomada por quem fala quanto aos próprios ditos; e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação ... lugar em que está o enunciante frente ao enunciado (Miller, 1997, p. 236). Assim, o paciente nos narra suas histórias, sem a percepção de que, através destas nos apresenta partes subjetivas deste, sem realmente entender fazê-lo. Este é um hiato entre o *Dito* e o *Dizer* que aponta para as questões referentes ao sujeito. Significa que, uma porção deste invade a forma como se apresenta seu *Enunciado*, sendo denominada *Enunciação*. Como no caso relatado “o bebê obeso”, a mãe ao falar, evidencia um lugar e demarca sua posição subjetiva frente ao bebê. Segundo Miller (1997) “Não há uma só frase, um só discurso, uma única conversa, que não traga a marca da posição do sujeito quanto ao que ele diz” (p.239).

Como no exemplo de outro caso, onde uma mãe que ao se deparar com sua bebê em estado grave no CTI diz preferir não falar sobre seu quadro atual de saúde e sim sobre “*alta à revelia*”, que significa voltar para casa com sua filha sem a autorização médica. O analista, quando escuta essa fala, leva em consideração não o que está sendo propriamente “*Dito*”, mas a dimensão do “*Dizer*”, da “*Enunciação*”, que abre para a

⁸ POSIÇÃO SUBJETIVA: lugar interno que o sujeito repete fixamente e que, transparece nas posições em que este se coloca, ao longo da vida.

interrogação da significação de “*alta à revelia*” para esta mãe, quando se expressa desta forma ao vivenciar a internação do seu bebê no CTI.

Enquanto a analista pensa na fala como uma possível negação do estado atual da bebê e a esperança de melhora da mesma, outro profissional de saúde escuta a mesma fala e literaliza o que foi dito. Preocupado, já que fez uma interpretação concreta do que foi dito, o profissional interrompe a fala da mãe e relata as possíveis consequências da “*alta à revelia*”, com discursos pedagógicos e científicos arraigados em sua orientação. Como menciona Ferrari (2002): “A dimensão histórica daquele que porta a enfermidade pouco importa e, ao invés de lhe ser possibilitada a palavra, rapidamente lhe são feitos pedidos de exames ou lhe é oferecido o remédio para que se cale” (p. 90). Em contrapartida, no hospital o investimento no acolhimento do paciente, através da escuta de sua fala, de suas questões, é uma aposta em um efeito subjetivo, onde implicado o analista nesse processo, abre-se uma via de reestruturação da sua posição subjetiva, com fins a uma possível reconstrução por parte do sujeito.

Simões (2011) enfatiza que “observou-se através do dispositivo de acolhimento às urgências que se construiu a partir dessa investigação e das intervenções que lhes concernem, que há, na grande maioria dos casos, uma atenuação sintomática e uma resolução da urgência generalizada” (p.72). Os pacientes atendidos demonstravam alívio nos quadros agudos de angústia e queixa sintomática, sucumbidos diante de percursos de articulação simbólica, nos momentos que demandaram a presença do analista

Em muitas situações vivenciadas, percebe-se que diante dessa escuta diferenciada, faz-se necessário um ato por parte do analista. A intervenção, diante de quadros, como de intensa dor psíquica, ameaça de fragmentação interna, não comporta a palavra, o silêncio e a espera, característico da prática dos consultórios tradicionais. O transbordamento pulsional eminente demanda um ato analítico frente a este. Entretanto, mesmo se ofertando como suplência⁹, este ato difere amplamente, de uma resposta que anule a expressão subjetiva posta no sintoma que “grita”. Esta posição, por parte do analista, nos remete a um atendimento realizado no CTI, onde a avó de uma bebê estava relatando seu sofrimento e falta de esperanças pela gravidade do caso de sua neta, quando houve a necessidade da bebê ser levada para o centro cirúrgico para realização de um procedimento. Neste momento a avó relata não ter força física para levar a bebê que pesava dois quilos. A analista lembra ter presenciado as muitas vezes em que esta mesma avó acolheu sua neta em seus braços. Percebendo a fala desta como uma expressão psíquica de “falta de suportabilidade emocional”, a analista se oferece para levá-la, sabendo que seu oferecimento não dá suporte à falta de força física, mas dá continência à dor da avó, acolhendo em ato o sofrimento desta.

O ato analítico, na contramão de qualquer outra intervenção que busque restituir o sujeito em seu estado de segurança e equilíbrio anteriores ou adaptá-lo, visa extrair o ponto de subjetividade que marca a singularidade de cada caso, inserindo no lugar da pressa o tempo de compreender, numa reinvenção particular do sujeito. Como nos diz Maron (2008), “no lugar de restaurar, fazer emergir algo novo para o mesmo” (p.16), que somente será possível na medida em que não se esperar deste uma resposta padronizada e universal.

Para Belaga (2006) “o analista não aponta a qualquer sentido, aponta para o sentido libidinal” (p.16), pois recusa qualquer tipo de sugestão, conselhos ou autoritarismos. O

⁹ SUPLENÇA: “Condição do que é *suplente*, ou seja, daquele que supre uma falta ou que pode ser chamado a exercer as funções de outro, na falta deste, um substituto” (Pauline, 2006). Na obra de Lacan, o termo suplência é utilizado no texto de 1957-58 no sentido de suprir a forclusão do Nome-do-Pai. Posteriormente, em o Sinthoma (1975-76/2007), o termo será retomado por Lacan no sentido de um suplemento, de um algo a mais, uma invenção do sujeito (Jacinto & Costa, 2011).

ato analítico implica numa aposta à reinvenção do Outro, que pode claudicar nas vivências hospitalares, tendo em vista que as experiências desestruturantes pelas quais o sujeito é exposto durante uma internação, podem levá-lo a uma ruptura com as coordenadas sociais nas quais se estruturava, e nesse contexto, a intervenção analítica precisa ser a de facilitar a reconstrução desse laço.

A psicanálise, neste sentido, para Vieira (2007) “não é contraditória com cuidados e atenção, mas aposta naqueles elementos inacessíveis ao conhecimento de si de quem sofre” (p.107), considerando a noção psicanalítica de sujeito do inconsciente, cujas motivações pessoais lhes são ocultas pelo recalque. Levando em conta este fato, a intervenção do analista buscaria o singular do sintoma, tomado não apenas como patologia, mas como modo de expressão subjetiva.

Segundo Laurent (2004), o trauma é um buraco no interior do simbólico (p. 25). Uma porção de Real sem qualquer representação simbólica. No hospital, o encontro com a doença, o risco de perda, faz caducar as certezas de cada um. O desconhecido encontrado, conjugado com as histórias de vida e os recursos internos que habitam psiquismo de cada paciente e equipe de saúde, provocam, muitas vezes, uma intensidade impossível de ser traduzida em palavras. Diz-nos Laurent (2004):

A presença do real é o que produz angústia e que pode desencadear um sintoma no corpo.... O sujeito não pode responder ao real a não ser fazendo um sintoma. O sintoma é a resposta do sujeito ao traumático do real (p.25 [grifo nosso]).

A constância Institucional, através de suas normas e protocolos, é importante para a vivência de ordenação e estabilidade, diante das intensidades e descarrilamento pulsional, denominado vivência *do puro Real*, característico das histórias que atravessam, pacientes e profissionais de saúde no dia a dia do hospital. Entretanto, estas mesmas normas e protocolos, não podem ter como preço, a surdez e a indiferença do singular, do inusitado que se expressa particularmente a cada caso. “O que se almeja é que se estabeleça um laço entre o sujeito e a instituição sem que se perca o que é particular de cada um.” (Simões, 2011, p.81)

Laurent (2007) salienta que o analista cidadão avalia o cenário, reconhecendo a importância do papel e da função de cada profissional da equipe de saúde, pois sabe que dentro de uma instituição deve-se trabalhar conjuntamente. Em determinados impasses, como o discurso institucional que “atropela” a singularidade do paciente, o analista pode calar-se. No entanto, seu calar, nada tem de passivo, mas uma intervenção que considera o contexto institucional, apostando numa intervenção que possibilite, posteriormente aos agentes institucionais, uma maior sintonia às particularidades dos discursos subjetivos.

O dizer silencioso implica tomar partido de maneira ativa, silenciar a dinâmica de grupo que rodeia toda organização social ... o analista, mais que um lugar vazio, é aquele que ajuda a civilização a respeitar a articulação entre normas e particularidades individuais. (Laurent, 2007, p.143)

Durante uma Interconsulta com uma mãe e seu filho, na presença de ambos, o profissional de saúde solicita que o analista fale com a mãe, no intuito que esta deixe de amamentar, pois, apesar de já ter sido orientada a deixar de fazê-lo, a mãe continua a amamentar. A analista sente todo o desconforto de ser colocada em uma posição totalmente divergente de sua atuação. Entretanto, essa realidade não pode ser nomeada naquele momento, frente ao profissional que atua junto na forma de uma Interconsulta. O analista aceita o pedido do profissional, sem, no entanto, aceitar a demanda deste: conversa com a mãe, sem assumir um lugar educativo, mas procurando dar valor as questões e apropriações maternas, com fins entender o lugar subjetivo que seu filho ocupava em sua vida. Como aponta Simões (2011):

Muitas vezes o que se espera de um praticante de psicanálise no hospital geral é que ele se converta à lógica do fazer “tudo funcionar” como preconizado pelas rotinas estabelecidas em um serviço de urgências médicas. Atribui-se a ele a função de normalização e de enquadramento daquilo que está fora do circuito do bom funcionamento. Porém, aquilo que se supõe é da ordem da demanda e, trabalhando sobre ela, o praticante de psicanálise vai atuar sem perder de vista sua direção: ou seja, o sujeito (p. 81).

Assim como no caso do bebê obeso, anteriormente relatado, procurou-se traduzir, junto à equipe, o que estava em jogo na forma de abordagem com esta mãe, no intuito de trazer, a toda equipe, as questões intersubjetivas que atravessam as dificuldades de executar certos procedimentos prescritos. Nas palavras de Laurent (2007) “os analistas não devem apenas escutar; eles precisam saber transmitir a humanidade do interesse que a particularidade de cada um tem para todos”(p. 145).

Sem destituir a instituição de seu lugar e sua própria historicidade que lhe é pertinente, torna-se importante sustentar que o paciente também tem um saber legítimo e que não pode ser separado do curso de seu tratamento. A possibilidade de um deslizamento simbólico, através de suas articulações discursivas, tornadas possíveis pela intervenção de um ato analítico, permite que o sujeito se reposicione, e até, muitas vezes, ainda que seja de modo próprio e singular, o faz em sintonia com os objetivos terapêuticos do hospital. Como observa Simões (2011): “a psicanálise propõe ao sujeito encontrar uma solução particular que lhe permita a pacificação de suas modalidades de gozo, inserido em um laço social”(p. 75).

Simões (2011) indica que “A instituição hospitalar é preparada para receber e tratar organismos doentes, mas não inclui em seus “scripts” o gozo do sujeito contido em seu corpo” (p.78). Como no atendimento a uma criança que, mesmo sofrendo de um quadro grave de diarreia crônica, que a coloca em risco constante de morte por desnutrição, faz uma recusa alimentar severa, dificultando a reposição de seus nutrientes.

Esta recusa, presente muito precocemente na vida deste menino, através da seleção de alimentos e inclusive de pessoas com as quais se relacionar, imprime uma marca de sua posição frente ao Outro, barrando a invasão deste sobre si. Diante do imperativo materno “*Coma!*”, que tem como demanda o “*seja aquilo que desejo e me satisfaça*” ele se nega a comer, como uma forma desesperada de barrá-la. Negar aquilo que a mãe lhe demanda por meio da oferta de alimento consistiria num modo de existir, de não desaparecer nas demandas selvagens do outro. Como coloca apropriadamente Zaltzman (1993):

O recurso aos limites do corpo é, às vezes, o único que resta a um sujeito para se subtrair ao excesso de ascendência mental de um outro, a uma ascendência mental potencialmente mortífera.... A anorexia é um modo de evasão da coerção mental dos pais (p. 50).

Casos como este, como nos remetem a colocação de Simões (2011), sobre estas situações aparentemente ambivalentes que “produzem desajustes e mal-entendidos na prática de um serviço de saúde e provoca grandes transtornos no cotidiano da instituição”(p.78). Neste caso, a recusa do paciente é entendida pelos profissionais como fruto de uma depressão, a qual precisa ser tratada por via medicamentosa, extirpando-lhe o sintoma e apaziguando o desconforto geral que o mesmo provoca.

Podemos também exemplificar o caso de uma adolescente com Diabetes Tipo 1, que pelo fato de burlar o tratamento, terminava por necessitar ser internada recorrentemente. Diante da impossibilidade de escutar a verdadeira demanda da paciente, a direção do tratamento estabelecida pela equipe de saúde consistiu no reforço à necessidade de outro cuidador que pudesse supervisioná-la de modo mais eficiente, de forma que a

adolescente fizesse corretamente o tratamento, considerando que a mesma já tinha o conhecimento acerca dos procedimentos.

Entretanto, paradoxalmente, estas intervenções mal sucedidas, por parte da equipe de saúde, funcionavam muito pontualmente, apontando para o fato da dificuldade de adesão ao tratamento dizer muito mais que o lidar com a doença. A psicanálise nos revela a necessidade de trazer à baila as questões psíquicas inconscientes da adolescente implicadas no ato de sabotar o tratamento, como uma via de facilitar a solução do conflito que a leva a comprometer seu tratamento. Sem um olhar voltado para a dinâmica psíquica da paciente, a equipe de saúde não conseguiu trabalhar vislumbrando a presença do que foge à programação, detendo-se à verdade aparente dos fatos, pois, segundo Simões (2011, p. 78), isso só é possível quando se dá conta da porção de real contida na contingência da vida.

Atuar, dando espaço ao que surge de forma inesperada, sem retroceder ou procurar dar-lhe uma forma rapidamente, é intervir no mais específico e singular do humano, trazido a nosso encontro, por cada paciente, desorganizado pela experiência particular de hospitalização. Diz-nos Simões (2011): “Acolher o resto e dar lugar ao que insiste sem esperar que o que vem do outro venha organizado, enlaçado e aprazível é supor a inefável condição humana de todos os que habitam o universo da urgência” (p. 78).

Assim também, atuar dando lugar à subjetividade produz um efeito não apenas em cada paciente, mas também no em torno institucional. Quando o analista não atua de forma segregadora à instituição, os profissionais, agentes do atendimento, são também atravessados pela escuta de outra linguagem, diferenciada do atendimento estritamente protocolar, produzindo maior abertura ao acolhimento da *subjetividade* no espaço hospitalar.

Essa aposta no contato a cada um, em um contexto que inicialmente responde à lógica da produção protocolar, alcança um recorte das questões subjetivas, possibilitando novos desfechos para cada paciente.

REFERÊNCIAS

- Belaga, G. (2006). Presentación. La urgência generalizada: La práctica en el hospital. In G. Belaga, (Org), *La urgência generalizada: La práctica en el hospital* (pp.11-19) Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Ferrati, I. F. (2004). Trauma e segregação. *Latusa*, 9, 149-162.
- Jacinto R. F., & Costa A. M.M. (2011) Considerações sobre o conceito de estabilização nas psicoses. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63, 49-57.
- Kaufmann, P.(1996). *Dicionário enciclopédico de Psicanálise: O legado de Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Laurent, E. (2004). O trauma ao avesso. *Papéis de Psicanálise*, 1, 21-28
- Laurent, E. (2007). *A sociedade do sintoma: A Psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Maron, G. (2007). Introdução: Urgência sem emergência? In M. A. Vieira (Ed), *Urgência sem emergência?* (pp. 10-21). Rio de Janeiro: Subversos.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Pauline, M. (2007). Das suplências: Do sintoma ao sinthoma, Clipp.[em linha].Web Site. Acedido julho 31, 2013, em http://www.clipp.org.br/artigos_conteudo.asp?id_artigos=105&iframe=artigos_int&assunto=Artigos&icoimpressao=ok.

- Simões, C. L. F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: Efeitos da psicanálise em um pronto atendimento* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.
- Vieira, M. A.(2007). Andamento de um encontro. In M. A.Vieira.(Ed), *Urgência sem emergência?* (pp. 104-108). Rio de Janeiro: Subversos.
- Zaltzman, N. (1994). *A pulsão anarquista*. São Paulo: Editora Escuta.

ADESÃO À MEDICAÇÃO NO VIH/SIDA: APRESENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Ana Luísa Rosa ✉ 1, 2, Marta Marques 1 e Isabel Leal 1

1 -Unidade I&D Psicologia e Saúde, ISPA – Instituto Universitário, Rua do Jardim do Tabaco, nº 34, 1149-041 Lisboa – Portugal; 2- Associação Abraço, Largo José Luís Champalimaud, nº 4, 1600-110 Lisboa - Portugal

A nível mundial, estima-se que 34 milhões de pessoas vivam com o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) (World Health Organization - WHO, 2011). Em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA (2013), de 1985 a 2012, encontravam-se notificados 42580 casos de infeção.

O tratamento do VIH teve início há duas décadas (Antunes, 2011; GAT, 2011), destacando-se o ano de 1996, em que se introduziu a Terapêutica Antiretroviral altamente eficaz (*HAART - Highly Active Anti-Retroviral Therapy*), que tem como objetivo prolongar e melhorar a qualidade de vida, através da redução da carga vírica para níveis indetectáveis, a diminuição da mortalidade e preservação ou normalização da função imune, impedindo a progressão da doença e falência terapêutica (Antunes, 2011; CNIVIH, 2011). Uma vez iniciado o tratamento, não se deve interromper, exceto por razões médicas, já que a carga vírica pode voltar a aumentar rapidamente, havendo o risco de se desenvolver resistência aos medicamentos (GAT, 2011). Considera-se que o primeiro esquema de medicamentos é o que melhor garante o sucesso imunológico e virológico, e a não adesão à terapêutica poderá ter consequências negativas sobre toda a evolução terapêutica subsequente (CNIVIH, 2011). Sendo a infeção pelo VIH uma condição crónica, a adesão ao tratamento constitui-se enquanto dimensão fulcral e considera-se que os sujeitos necessitam de apresentar uma adesão igual ou superior a 95%, devido à rápida replicação e mutação do vírus (Antunes, 2011; CNIVIH, 2011; WHO, 2003).

A adesão à medicação no contexto do VIH, é avaliada através das análises laboratoriais que verificam os valores das células CD4 e carga vírica, o auto-relato do paciente, o relato do profissional de saúde, o levantamento das prescrições na farmácia hospitalar, mas também medidas comportamentais como a contagem de medicamentos (Paterson, Potoski, & Capitano, 2002).

A adesão é um processo multifatorial e dinâmico, está dependente de um conjunto considerável de fatores que interagem entre si e que afetam o paciente, podendo contribuir para uma menor adesão às recomendações sobre o tratamento (WHO, 2003). A não adesão pode ser involuntária através de barreiras que limitam a toma da TAR

✉ - Ana Luísa Rosa, Associação Abraço, Largo José Luís Champalimaud, nº 4, 1600-110 Lisboa – Portugal, Email: analuisarosa@gmail.com

(por ex.: complexidade do regime ou a TAR não ser prioritária) ou intencional, através de barreiras que se relacionam com as crenças acerca da necessidade e preocupações com o tratamento (Cooper et al., 2011; Walsh, Horne, Danton, Burgess, & Gazzard, 2001). A adesão poderá estar assim relacionada com crenças acerca da saúde e doença, como tem sido evidenciado por diversos estudos (Atkinson & Petrozzino; 2009; Fumaz et al., 2008; Kalichman, Eaton, & Cherry, 2010; Viswanathan, Anderson, & Thomas, 2005; WHO, 2003).

Desta forma, o modelo de Auto-Regulação de Leventhal surge como um modelo relevante no âmbito da adesão terapêutica, pelo seu foco nas representações de doença e suas aplicações práticas, já que evidencia conceitos como auto-monitorização de comportamentos relacionados com a saúde, adoção de objetivos que direcionam os esforços e estratégias para a sua realização e manutenção. Este modelo assume que perante ameaças na saúde, o indivíduo ficará motivado para restabelecer o seu estado de normalidade e irá experienciar a doença através de representações cognitivas e emocionais (Leventhal, Brissette, Leventhal, 2003; Pais Ribeiro, 2007). Na área do VIH, o Modelo de Auto-Regulação sugere que os comportamentos são influenciados pela maneira como os indivíduos representam os sintomas da infeção e tratamento, duração, consequências, controlo e respostas emocionais (Cooper, Gellaitry, Hankins, Fisher, & Horne, 2009; Cooper et al., 2011; Gonzalez et al., 2007; Johnson & Folkman, 2004). A não adesão seria então influenciada, tal como foi proposto por Horne, pela forma como os indivíduos julgam a sua necessidade pessoal para o tratamento relativamente às suas preocupações acerca dos efeitos secundários potenciais, ou seja, compreendida como incoerência entre as crenças individuais sobre a infeção e tratamento e as instruções do profissional de saúde (Cooper et al., 2009; Cooper et al., 2011; Gonzalez et al., 2007).

As intervenções baseadas no Modelo de Auto-Regulação devem dirigir-se não só às cognições (e.g. representações de doenças), como também potenciar o desenvolvimento competências de auto-regulação (e.g. auto-monitorização) que actuam em diferentes fases do processo de mudança comportamental em saúde (seleção, representação e estabelecimento de objetivos a alcançar; procura ativa dos objetivos; e realização e manutenção dos objetivos alcançados) (Cameron & Jago, 2008; Maes et al., 2005; McAndrew et al., 2008; Wearden & Peters, 2008).

O VIH/SIDA continua a colocar desafios a quem com ela (con)vive e a falta de adesão é um problema que resulta no agravamento do estado de saúde do paciente, obriga a prescrições de mais fármacos, a uma maior utilização dos serviços de saúde e despesas desnecessárias (WHO, 2003), compreende-se a pertinência de desenvolvermos um programa de intervenção focado na adesão à terapêutica.

Considerando o papel das representações de doença e crenças acerca do tratamento, na temática da adesão, implementou-se um programa de intervenção baseado no Modelo de Auto-regulação de Leventhal. Assim, o principal objetivo desta investigação consiste na análise da eficácia do programa de intervenção na adesão à terapêutica antirretroviral, bem como ao nível das representações de doença, e acerca dos fármacos e da auto-eficácia para adoptar e manter um comportamento de adesão ao tratamento.

MÉTODO

Participantes

Vinte e seis sujeitos infetados pelo VIH/SIDA constituíram a amostra do presente estudo, onze sujeitos do sexo masculino (42,3%) e 15 do sexo feminino (57,7%). A idade dos participantes variou entre os 30 e os 62 anos ($M=43,5$; $DP=9,3$). Evidencia-se que a maioria dos sujeitos eram solteiros (53,8%), de nacionalidade portuguesa (84,6%)

e apresentaram o 3º Ciclo de Ensino Básico (30,8%). Ao nível clínico os sujeitos foram infectados através da via sexual (50%), em média há 11 anos (DP=7), pelo VIH tipo 1 (65,4%), apresentando entre 200-499 células/mm³ (47,1%) e carga vírica indetetável (81,3%). Salienta-se que, em média, os sujeitos tomam medicação há 8,08 anos (DP=7,14) e atualmente tomam um comprimido (46,2%), numa dose diária (76,9%). Acrescenta-se que 73,1% dos participantes relataram historial de outros problemas de saúde e 61,5% dos participantes relataram historial de consumo de substâncias.

Material

A adesão à medicação antiretroviral foi avaliada através de uma medida percentual, em que se questiona o indivíduo sobre quantos comprimidos tinham sido tomados, durante os sete dias anteriores, perante o número de comprimidos prescritos, para cálculo de percentagem de adesão. Esta variável foi igualmente avaliada através do *Questionário de Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretrovítico (CEAT- VIH)*, em que o ponto de corte é ≤ 78 para uma adesão insuficiente ao tratamento associada a uma carga vírica detetável (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2009; Remor, 2002, 2012).

Como variáveis secundárias foram consideradas a auto-eficácia, avaliada através do *HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIVASES)*, que contém 12 itens e é composta por duas subescalas: Integração do tratamento na vida diária e Preserverança para a adesão ao tratamento, face às adversidades (Johnson et al., 2007). Este instrumento, apresenta, na nossa amostra, valores de consistência interna de $\alpha=0,879$ na subescala de Integração do tratamento na vida diária e de $\alpha=0,942$ na subescala Preserverança para a adesão ao tratamento, face às adversidades.

As representações de doença foram avaliadas através do *Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)*, que apresenta escalas correspondentes às dimensões da representação de doença: identidade, duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, representação emocional, controlo pessoal e de tratamento, coerência e causas (Moss-Morris et al., 2002; Santos, Pais Ribeiro, & Lopes, 2003).

Relativamente à avaliação das crenças acerca dos fármacos foi utilizado o *Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* (Horne, Weinman, & Hankins, 1999), que avalia, acerca dos medicamentos em geral, as crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos e a possibilidade dos medicamentos serem prescritos em excesso, e acerca dos fármacos prescritos para uso pessoal, as crenças acerca da necessidade da medicação e preocupações com os perigos de toxicidade ou efeitos secundários a longo prazo (Figueiras et al., 2010; Pereira & Silva, 1999).

Todos os instrumentos foram aplicados aos grupos de controlo e intervenção, nos dois momentos de avaliação (antes e após a intervenção).

Procedimento

Este é um estudo experimental randomizado em que os participantes foram distribuídos de modo aleatório por dois grupos (grupo de intervenção e grupo de controlo). Constituíram-se como critérios de inclusão ser maior de 18 anos, estar infetado pelo VIH e ter indicação para terapêutica antiretrovítica e foi considerado como fator de exclusão o facto dos indivíduos estarem a participar noutros programas de intervenção para a adesão. O estudo foi realizado a partir de uma ONG/IPSS que opera na área do VIH/SIDA, no distrito de Lisboa.

A presente investigação seguiu todas as recomendações éticas, subjacentes à realização de estudos com seres humanos (e.g., Declaração de Helsínquia) e foram solicitadas autorizações na ONG/IPSS que acolheu o projeto. Após a autorização, os sujeitos foram contactados para se questionar diretamente se cumpriam os critérios de inclusão e exclusão e para apresentar os objetivos e delineamento da intervenção. Foi solicitado consentimento informado, livre e esclarecido para participação na avaliação

inicial. Foram também solicitadas as análises de sangue mais recentes, de forma a recolher-se os valores dos marcadores biológicos (células CD4 e carga vírica). Dos 13 sujeitos que foram selecionados para o grupo de controlo e completaram a avaliação inicial, 4 sujeitos não participaram na avaliação final (2 participantes encontravam-se incontactáveis e 2 sujeitos mostraram-se indisponíveis). Os restantes sujeitos realizaram a avaliação após os 3 meses de duração total da intervenção.

No grupo de intervenção, verificámos 4 desistências (1 sujeito encontrava-se incontactável e 3 sujeitos mostraram-se indisponíveis). Os participantes do grupo de intervenção receberam uma intervenção dirigida ao seu comportamento de adesão da terapêutica antiretroviral, tendo sido solicitado consentimento informado, livre e esclarecido para participação nesta fase de intervenção. A intervenção foi implementada por um psicólogo e consistiu na realização de três sessões, face-a-face.

As sessões tiveram como objetivo a exploração do conhecimento e crenças relacionadas com o VIH/SIDA e aspetos importantes para o sujeito sobre o seu comportamento de adesão, nomeadamente possíveis facilitadores e barreiras. Pretendeu-se igualmente a construção de um plano de ação para superar as dificuldades, o foco na auto-eficácia para a sua execução, a discussão de estratégias de sucesso e de técnicas de auto-monitorização e auto-avaliação, através das análises clínicas e grelhas de registo, ao longo da intervenção e respetivo feedback, de forma a incutir, no sujeito a auto-regulação do seu comportamento. O manual do programa de intervenção foi construído com base nestas directrizes. A 2ª sessão ocorreu uma semana após a 1ª sessão, a 3ª sessão ocorreu duas semanas após a 2ª sessão e a avaliação final ocorreu três semanas após a 3ª sessão.

Tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra (<30) e o facto de parte das variáveis em estudo não apresentarem distribuição normal, realizaram-se testes não paramétricos. Para analisar a existência de diferenças significativas entre os grupos de controlo e de intervenção, antes da intervenção, ao nível das principais variáveis utilizaram-se o teste do Qui-Quadrado (χ^2) para variáveis dicotómicas e o teste Mann-Whitney, para comparação de parâmetros de duas populações a partir de amostras independentes. Para averiguar o impacto da intervenção, realizaram-se dois tipos de testes: 1) comparação entre o grupo de controlo e grupo de intervenção em pós-teste, através do teste mann-Whitney, para comparação de parâmetros de duas populações a partir de amostras independentes; 2) diferenças entre a avaliação pré e pós-intervenção para cada grupo, através do teste de Wilcoxon, que permite comparar parâmetros de duas populações a partir de amostras emparelhadas. Consideraram-se diferenças estatisticamente significativas com valor de $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas através do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) v.21.

RESULTADOS

Comparação entre os grupos antes da intervenção

Verificou-se se os grupos de controlo e intervenção apresentavam diferenças entre si, antes da intervenção, ao nível de características sociodemográficas, clínicas, adesão, auto-eficácia para o tratamento, representação da doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde. Apenas se observou a existência de diferenças significativas ao nível do género ($X^2(1)=3,939$; $p=0,047$; $N=26$), entre o grupo de controlo e intervenção.

Efeitos da intervenção na Adesão à terapêutica antiretroviral

Relativamente à adesão à Terapêutica Antiretroviral, observou-se na avaliação pós-intervenção, que não existiam diferenças entre os grupos de controlo e intervenção na medida percentual ($U=25$; $p=0,53$) e no CEAT-VIH ($U=47$; $p=0,57$). Verifica-se que o

grupo de controlo, na medida percentual apresenta uma média de 98,75% ($DP=2,5\%$) e o grupo de intervenção apresenta 100% de adesão. Relativamente ao *CEAT-VIH*, verifica-se que o grupo de controlo apresenta uma média de 74,5 ($DP=4,11$) e o grupo de intervenção uma média de 75,7 ($DP=5,48$). Ao analisar as diferenças entre o pré e pós-intervenção, em cada grupo, observa-se que os sujeitos do grupo de controlo e o grupo de intervenção, não demonstraram diferenças significativas ao nível da adesão. No entanto, como se pode observar no quadro 3, os valores das duas medidas de adesão apresentaram uma tendência para aumentar, no grupo de intervenção.

Quadro 3

Resultados referentes à adesão, no pré e pós intervenção

	Grupo Controlo (N=9)				Grupo Intervenção (N=9)			
	Pré	Pós	<i>p</i>	U	Pré	Pós	<i>p</i>	U
Medida percentual	92,31% ± 27,74	98,75% ± 2,5	.655	2	94,75% ± 9,18	100%	.109	6
<i>CEAT-VIH</i>	76,54 ± 7,36	74,50 ± 4,11	.307	8	74,46 ± 8,15	75,70 ± 5,48	.575	22

Nota: Médias e desvios-padrão são apresentados com ±

Efeitos da intervenção nas variáveis secundárias em estudo

Consideraram-se também os efeitos da intervenção ao nível da auto-eficácia para encetar num comportamento de adesão ao tratamento, nas representações de doença, nas crenças acerca dos fármacos e na perceção de saúde. Observou-se na avaliação pós-intervenção, que não existiam diferenças entre os grupos de controlo e intervenção (quadro 4).

Quadro 4

Diferenças entre o grupo de controlo e grupo de intervenção, nas variáveis auto-eficácia, representações de doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde

	Grupo Controlo (N=9)	Grupo Intervenção (N=9)	<i>p</i>	U
<i>Auto-eficácia</i>				
Integração do tratamento	8,53 ± 0,85	8,59 ± 1,75	0,40	56
Preservação para adesão	8,81 ± 1,6	9,20 ± 2,20	0,24	59,5
<i>Representações de Doença</i>				
Identidade	4 ± 3,96	4 ± 2,55	0,88	38
Duração (Aguda/Crónica)	4 ± 0,89	4,95 ± 0,89	0,49	54
Duração Cíclica	2,92 ± 0,65	3,2 ± 0,55	0,27	59
Consequências	3,76 ± 0,44	3,88 ± 0,70	0,84	48
Representação Emocional	3,29 ± 0,58	3,85 ± 0,9	0,14	57
Controlo Pessoal	3,46 ± 0,58	3,92 ± 0,41	0,11	122,5
Controlo de Tratamento	3,71 ± 0,40	3,73 ± 0,48	0,79	43,5
Coerência	3,62 ± 0,85	3,24 ± 1,11	0,66	39
<i>Crenças acerca dos fármacos</i>				
Potenciais efeitos nocivos	2,47 ± 0,85	2,65 ± 0,77	0,96	86
Prescrição em excesso	2,81 ± 0,76	2,85 ± 0,95	0,78	48,5
Necessidade da medicação	4,27 ± 0,58	4,26 ± 0,84	0,88	44
Perigos de toxicidade	2,71 ± 0,94	3,2 ± 0,98	0,96	87,5

Nota: Médias e desvios-padrão são apresentados com ±

Ao analisar as diferenças entre o pré o pós-intervenção, para cada grupo, observa-se que os sujeitos do grupo de intervenção demonstraram diferenças significativas da subescala Integração do tratamento na vida diária ($W=21$; $p=0,02$). Na avaliação inicial esta escala apresenta uma média de 7,59 ($DP=1,73$) e na avaliação final verifica-se uma média de 8,59 ($DP=1,75$). Apesar de não se terem verificado diferenças significativas, subescala Preservação para continuar o tratamento, apesar das dificuldades, os sujeitos do grupo de intervenção apresentam uma tendência de aumento dos valores.

Não se verificaram diferenças significativas ao nível das representações de doença, crenças acerca dos fármacos e estado de saúde, entre o pré o pós-intervenção, para cada grupo, como se pode observar no quadro 5. Ao nível das representações de doença, observou-se, no grupo de intervenção, uma tendência de aumento da representação da doença como crónica, percepção de consequências graves para a saúde, representação emocional negativa e percepção de controlo do tratamento.

Quadro 5

Resultados referentes às variáveis secundárias, no pré e pós intervenção

	Grupo Controlo (N=9)				Grupo Intervenção (N=9)			
	Pré	Pós	<i>p</i>	<i>W</i>	Pré	Pós	<i>p</i>	<i>W</i>
<i>Auto-eficácia</i>								
Integração do tratamento	8,32 ± 2,07	8,53 ± 0,85	0,49	10	7,59 ± 1,73	8,59 ± 1,75	0,02	21
Preservação para adesão	8,23 ± 2,76	8,81 ± 1,60	0,83	11,5	8,54 ± 2,50	9,20 ± 2,20	0,65	2
<i>Representações de doença</i>								
Identidade	3,38 ± 3,84	4 ± 3,96	0,48	18	4,23 ± 2,62	4 ± 2,55	0,33	4
Duração (Aguda/Crónica)	3,67 ± 0,71	4 ± 0,89	0,44	18,5	3,93 ± 0,90	4,22 ± 0,95	0,34	11
Duração Cíclica	2,92 ± 0,65	2,89 ± 0,73	0,52	13,5	3,27 ± 0,77	3,20 ± 0,55	0,54	10,5
Consequências	3,31 ± 0,85	3,76 ± 0,44	0,27	11,5	3,75 ± 0,79	3,88 ± 0,70	0,70	6
Representação Emocional	2,96 ± 1,08	3,29 ± 0,58	0,07	19	3,49 ± 1,06	3,85 ± 0,90	0,26	8
Controlo Pessoal	3,54 ± 0,59	3,46 ± 0,58	0,83	9,5	4,03 ± 0,55	3,92 ± 0,41	0,93	14,5
Controlo de Tratamento	3,51 ± 0,74	3,71 ± 0,40	0,16	22	3,68 ± 0,54	3,73 ± 0,48	0,60	17
Coerência	3,37 ± 0,96	3,62 ± 0,85	0,23	21	3,29 ± 1,15	3,24 ± 1,12	0,44	18,5
<i>Crenças acerca dos fármacos</i>								
Potenciais efeitos nocivos	2,52 ± 0,73	2,47 ± 0,85	0,17	6	3,13 ± 0,97	2,65 ± 0,77	0,08	4
Prescrição em excesso	2,67 ± 0,69	2,81 ± 0,73	0,05	25	2,88 ± 1,07	2,85 ± 0,95		18
Necessidade da medicação	4,19 ± 0,45	4,27 ± 0,58	0,58	6,5	4,14 ± 0,86	4,26 ± 0,84	0,48	5
Perigos de toxicidade	2,75 ± 1,03	2,71 ± 0,94	0,49	18	3,22 ± 0,93	3,20 ± 0,98	0,22	7

Nota: Médias e desvios-padrão são apresentados com ±

Relativamente às crenças acerca dos fármacos, verificou-se no grupo de intervenção, uma tendência de diminuição das crenças relacionadas com potenciais efeitos nocivos e prescrição em excesso da medicação em geral, e na medicação prescrita, uma diminuição das preocupações com os perigos de toxicidade. Verifica-se um aumento das crenças relacionadas com a importância e necessidade da medicação prescrita.

DISCUSSÃO

O objetivo desta investigação prendeu-se com a avaliação do impacto de uma intervenção baseada no modelo de Auto-regulação de Leventhal, no nível de adesão à medicação, em pacientes com VIH/SIDA.

Não foram identificadas diferenças significativas ao nível das medidas de adesão utilizadas, no entanto, observa-se a tendência para aumentarem, nos sujeitos do grupo de intervenção. Embora não se tenham encontrado diferenças significativas ao nível das crenças de doença e medicação, entre os grupos, verifica-se que, após a intervenção, as

representações dos sujeitos do grupo de controlo, eram positivas face à adesão, passando pelos conceitos de cronicidade, controlo pessoal sobre o VIH e necessidade de tomar a medicação prescrita, indicadores que são referenciados como bons preditores de adesão (Atkinson & Petrozzino; 2009; Fumaz et al., 2008; Kalichman et al., 2010; Viswanathan et al., 2005; WHO, 2003).

Após a intervenção, os sujeitos do grupo de intervenção apresentam maiores níveis de auto-eficácia para integrar o comportamento de adesão na sua vida diária, e embora não se verifiquem diferenças significativas ao nível da perseverança para o tratamento, observa-se, uma tendência de maior auto-eficácia para continuar o tratamento, apesar das dificuldades. Este resultado vai de encontro à literatura, em que auto-eficácia revelou ser um importante preditor da eficácia de intervenções (Atkinson & Petrozzino; 2009; Fumaz et al., 2008; Kalichman et al., 2010; Viswanathan et al., 2005; WHO, 2003).

O Modelo de Auto-Regulação de Leventhal surge como modelo que dá enfoque às representações de doença e pelas suas aplicações práticas, ao considerar-se que os comportamentos são influenciados pela maneira como os indivíduos representam a infeção e tratamento (Cooper et al., 2011; Gonzalez et al., 2007; Johnson & Folkman, 2004),

Relativamente às aplicações práticas do modelo de Auto-Regulação, salienta-se a promoção dos níveis de confiança e auto-eficácia para a execução do comportamento, através da reflexão de estratégias e gestão comportamental da toma correta de medicação e reforço através de um sistema de auto-monitorização consistente com a doença (por exemplo: grelhas de registo da medicação e análises ao sangue). Face às situações potenciadoras de falha na toma de medicação, que passam pelo receio que a medicação fosse um fator de *disclosure* e discriminação e alteração da rotina ou por falta de organização, as estratégias desenvolvidas focam-se nas questões práticas de auto-gestão inerentes a estas situações.

Este estudo apresenta algumas limitações já se verificou a existência de diferenças significativas entre os grupos na primeira avaliação ao nível do género. Segundo, o reduzido número de participantes no estudo poderá ser insuficiente para identificar diferenças significativas quando se comparam as variáveis. Uma outra limitação é a falta de um momento de avaliação *follow-up* e que seria importante para compreender como é que as variáveis se comportariam ao longo do tempo, após esta intervenção.

No que respeita a possíveis investigações que surgem como pertinentes neste campo, salienta-se que seria interessante a aplicação deste programa de intervenção a um número alargado de participantes, de forma a aprofundar as análises realizadas. Face à satisfação dos participantes com a parte informativa do nosso programa, salienta-se a importância de averiguar a eficácia de uma intervenção baseada no Modelo de Auto-Regulação, comparativamente, por exemplo, com uma intervenção que fornecesse informação sobre a medicação antiretroviral. Se considerar-se que o primeiro esquema de medicamentos é o que melhor garante o sucesso imunológico e virológico (CNIVIH, 2011), seria vital a implementação de intervenções, apenas com sujeitos *naive*, de forma a promover a preparação para uma toma correta da medicação e, consequentemente, o impacto positivo sobre toda a evolução terapêutica subsequente e estado de saúde destes sujeitos.

A realização de estudos de intervenção, com base em modelos psicológicos explicativos da adesão aos tratamentos, que neste caso foi o Modelo de Auto-Regulação de Leventhal, parece contribuir francamente para a melhoria e manutenção da adesão à terapêutica no contexto do VIH e suas variáveis associadas (por exemplo: auto-eficácia).

REFERÊNCIAS

- AIDS Education and Training Centers* (2011). *HIV Classification: CDC and WHO Staging Systems*. Acedido através de: http://www.aids-ed.org/aidsetc?page=cg-205_hiv_classification
- Antunes, F. (2011). *Manual sobre Sida*. Lisboa: Permanyer.
- Atkinson, M. J., & Petrozzino, J. J. (2009). An Evidence-Based Review of Treatment-Related Determinants of Patients' Nonadherence to HIV Medications. *Aids Patient Care and STDs*, 23, 903-914. doi: 10.1089/apc.2009.0024.
- Cameron, L. D., & Jago, L. (2008). Emotion regulation interventions: A common-sense model approach. *British Journal of Health Psychology*, 13, 215-221. doi:org/10.1348/135910708X288800
- Comissão Nacional para a Infecção VIH/SIDA – CNIVIH (2011). *Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA*. Acedido através de: <http://sida.dgs.pt/>
- Cooper, V., Gellaitry, G., Hankins, M., Fisher, M., & Horne, R. (2009). The influence of symptom experiences and attributions on adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART): a six-month prospective, follow-up study. *AIDS Care*, 21(4), 520-528. doi:org/10.1080/09540120802301824
- Cooper, V., Moyle, G. J., Fisher, M., Reilly, G., Ewan, J., Liu, H. C., & Horne, R. (2011). Beliefs about antiretroviral therapy, treatment adherence and quality of life in a 48-week randomised study of continuation of zidovudine/lamivudine or switch to tenofovir DF/emtricitabine, each with efavirenz. *AIDS Care*, 23, 705-713. doi:org/10.1080/09540121.2010.534433
- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology & Health*, 25, 507-517. doi:org/10.1080/08870440802578961
- Fumaz, C. R., Muñoz-Moreno, J. A., Moltó, J., Ferrer, M. J., López-Blázquez, R., Negredo, E., ...Clotet, B. (2008). Sustained antiretroviral treatment adherence in survivors of the pre-HAART era: attitudes and beliefs. *AIDS Care*, 20, 796-805. doi:org/10.1080/09540120701694022
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Llabre, M. M., Duran, R. E., Antoni, M. H., Schneiderman, N., & Horne, R. (2007). Physical Symptoms, Beliefs About Medications, Negative Mood, and Long-Term HIV Medication Adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 34, 46-55. doi:org/10.1007/BF02879920
- Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA – GAT (2011). *Introdução à terapêutica de combinação*. Acedido através de: <http://www.gatportugal.org/content/default.asp?idcat=PUBLICACOESGAT&idCatM=PUBLICACOES>
- Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14, 1-24. doi:org/10.1080/08870449908407311
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge – INSA (2012). *Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011*. Acedido através de: <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/984/3/relatorio%20VIH%20SIDA%202011%20versao%20web.pdf>
- Johnson, M. O., & Folkman, S. (2004). Side effect and disease related symptom representations among HIV+ adults on antiretroviral therapy. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 139-148. doi:org/10.1080/13548500410001670672

- Johnson, M. O, Neilands, T. B., Dilworth, S., Morin, S. F., Remien, R. H., & Chesney, M. A. (2007). The Role of Self-Efficacy in HIV Treatment Adherence: Validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 359–370. doi:org/10.1007/s10865-007-9118-3
- Kalichman, S. C., Eaton, L., & Cherry, C. (2010). There is no proof that HIV causes AIDS: AIDS denialism beliefs among people living with HIV/AIDS. *Journal of Behaviour Medicine*, 33, 432–440. doi:org/10.1007/s10865-010-9275-7
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron Linda & H. Leventhal (Eds), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York: Routledge.
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 267–299. doi:org/10.1111/j.1464-0597.2005.00210.x
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., ... Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13, 195–204. doi:org/10.1348/135910708X295604
- Moss-Morris, R., Weinman, Petrie, K. J., Horne, R., Camerons, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16. doi:org/10.1080/08870440290001494
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Paterson, D. L., Potoski, B., & Capitano, B. (2002). Measurement of Adherence to Antiretroviral Medications. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, 103–106. doi:org/10.1097/00126334-200212153-00003
- Pereira, M. G., & Silva, N. S. (1999). Questionário de crenças acerca dos fármacos. In A. Soares, S. Araújo, & S. Caires (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 52-57). Braga: APPORT.
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2009). Adaptação portuguesa do questionário para avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico – VIH (CEAT-VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 175-191.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Remor, E. (2002, edición revisada en 2012). *Guía para el usuario del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH Y Sida (CEAT-VIH)*. Madrid: Facultad de Psicología/Universidad Autónoma de Madrid.
- Santos, C., Pais Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Adaptação e Validação do Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17, 136-147.
- Viswanathan, H., Anderson, R., & Thomas, J. (2005). Evaluation of an Antiretroviral Medication Attitude Scale and Relationships Between Medication Attitudes and Medication Nonadherence. *Aids Patient Care and STDs*, 19, 306-316. doi:org/10.1089/apc.2005.19.306
- Walsh, J. C., Horne, R., Danton, M., Burgess, A. P., & Gazzard, B. G. (2001). Reasons for non-adherence to antiretroviral therapy: patients' perspectives provide evidence of multiple causes. *AIDS CARE*, 13, 709–720. doi:10.1080/09540120120076878
- Wearden, A., & Peters, S. (2008). Therapeutic techniques for interventions based on Leventhal's common sense model. *British Journal of Health Psychology*, 13, 189–193. doi: 10.1348/135910708X295613

World Health Organization – WHO (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. WHO: Geneva.

World Health Organization – WHO (2011). Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Acedido através de:http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf

PSICOLOGIA CLÍNICA PREVENTIVA: OS DESAFIOS DA PESQUISA

Nirã dos Santos Valentim ✉, Hi Ryung Kim, Manuela Vilanova Barbosa Alves, Liliana Cremaschi Leonardi, Kayoko Yamamoto, Ivonise Fernandes da Motta e Ryad Simon

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP,
São Paulo, Brasil

A autonomia da ciência moderna é conquistada a partir da concepção galeliana de conceitos de objeto, objetivo e método que não só organiza o método científico como o diferencia de outros saberes como a filosofia e a religião. Nessa visão, além da noção de utilidade, o conhecimento científico necessita ser validado pela experimentação. Essa organização faz com que a ciência seja conceituada como uma atividade que envolve o levantamento de hipóteses e problemas e que, pelo estudo sistemático pode explicar fenômenos, desenvolvendo teorias de como as coisas são e como funcionam e quais as relações entre elas, o que mostra uma forma de compreensão do mundo pautada na objetividade (Turato, 2005, 2008).

Anos mais tarde a concepção cartesiana de ciência impõe a racionalidade humana ao discurso científico. Tratava-se da inserção do indivíduo na ciência, embora um sujeito ainda objetivado, desubjetivado e do qual esperava uma postura imparcial (Turato, 2008; Lapeyre & Sauret, 2008). Com a psicanálise a subjetividade do sujeito, os processos psíquicos, os pensamentos, a afetividade, e principalmente a atividade inconsciente, passam a ser objetos de estudo, possibilitando mudanças metodológicas importantes no âmbito das Ciências Humanas (Turato, 2008).

Tendo sido o surgimento das ciências humanas vinculado aos interesses da classe dominante e estando a própria Psicologia aliada a práticas higienistas, fica evidente que o público de sua intervenção era aquele que não se enquadrava no projeto cartesiano do homem racional, e que uma de suas tarefas era sustentar e manter o individualismo (Moreira, Romagnoli & Neves, 2007).

Bleger (1984) aponta a importância de uma postura preventivista do psicólogo. Para o autor, o psicólogo deve ir até seu cliente, saindo do enfoque individual e priorizando o contexto social, nas instituições e na comunidade, tendo por objetivo a saúde pública, que levaria a diagnósticos precoces e a promoção de saúde mental.

A pesquisa qualitativa (e quantitativa) em Psicologia é então, construída na interação com o sujeito e na investigação e interpretação dessa ação que se baseia em instrumentos, tais como entrevistas, testes, inventários e no processo psicoterapêutico utilizado (Pinto, 2004). Existem, no entanto, etapas da pesquisa que não sendo divulgadas, não podem ser analisadas ou estudadas. O problema de pesquisa, o local onde a pesquisa será realizada, quem serão os sujeitos/participantes da pesquisa, quais serão os critérios para incluir ou

✉ - Nirã dos Santos Valentim, Alameda Cassaquera, 330, apto 33, Bairro Barcelona, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil, email: niravalentim@usp.br

excluir sujeitos, quais os instrumentos que poderão alcançar os objetivos do pesquisador? Frente a esta proposta é possível um olhar novo para a pesquisa com intuito de compartilhar não só os resultados obtidos, mas as vicissitudes pelas quais passam o pesquisador em Psicologia Preventiva.

A pesquisa

A entrevista preventiva

A comunicação das pesquisas por meio de artigos científicos e a apresentação de trabalhos em congressos não contemplam, a nosso ver, os desafios que os pesquisadores enfrentam, desde a escolha do local onde o estudo será realizado até a aplicação dos instrumentos selecionados e a própria coleta de dados. Não é raro, no entanto, que as dificuldades sejam relatadas oral e informalmente em grupos de pesquisa, ou mesmo em disciplinas de metodologia científica.

Para discutir desafios comuns que pesquisadores enfrentam, tomaremos como ponto de partida a experiência de um grupo de pesquisa do Programa de Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O grupo de pesquisa é composto de docentes, alunos de pós-graduação – mestrandos e doutorandos –, alunos de graduação e pesquisadores voluntários, e tem por objetivo verificar se a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS) tem validade para predição da depressão pós-parto quando aplicada em gestantes.

O procedimento da pesquisa é composto de duas fases: na primeira fase a gestante é convidada a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em seguida, ela preenche uma ficha de identificação e responde aos itens da Escala de Depressão. A EPDS revela sintomas depressivos quando o escore obtido com a aplicação for igual ou maior que 12.

Na segunda fase, um mês após o parto – quando a fase do *baby blues* estiver superada – a puérpera é entrevistada utilizando-se a entrevista clínica preventiva para verificar possíveis sintomas de depressão pós-parto e a eficácia adaptativa da participante utilizando-se a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO).

Uma das primeiras questões a ser discutida trata-se do fato de que as gestantes e puérperas participantes da pesquisa não apresentam necessariamente uma queixa, pois são convidadas a responder a EPDS e a participar da entrevista clínica preventiva por iniciativa do profissional e não do paciente como comumente ocorre. Esta é uma questão importante nas entrevistas de prevenção, pois de acordo com Simon (1989):

O contraste mais marcante entre a entrevista clínica habitual e a entrevista clínica em prevenção consiste na diferença entre ser procurado, ou procurar o paciente. [...] Na entrevista em prevenção não existe geralmente a “queixa”. O paciente (P) é procurado e comparece à entrevista sem saber por que o convocaram. A mente humana dificilmente suporta a ignorância. O P convocado, não sabendo o que o espera, preenche o vazio de informações com a fantasia. São estas fantasias, geralmente de natureza persecutória, que criam os maiores obstáculos à tarefa do entrevistador (p. 48).

É interessante ressaltar que, nessa situação, a fantasia pode aparecer independente da normalidade ou patologia do sujeito, manifestando diferenciadamente desejos e ansiedades em suas relações de interação com a realidade externa, pois uma das funções da fantasia é a defesa (Segal, 1975). Lidar com essa situação pressupõe inclusive que o pesquisador tenha conhecimento, experiência e habilidades clínicas como qualquer outro psicólogo clínico, mas, sem perder de vista os objetivos da pesquisa.

Para Bleger (1979) a entrevista pode ser utilizada como intervenção técnica pelo profissional clínico e também como instrumento para investigação psicológica pelo

pesquisador. Como procedimento permite uma interação fundamental entre entrevistador e entrevistado, pois possibilita que o entrevistador conheça não só o que acontece com o entrevistado, mas perceba seu comportamento e conheça sua personalidade.

Os desafios da pesquisa

Primeira fase

A primeira fase da pesquisa, quando as gestantes procuraram o serviço de saúde para realizar o pré-natal, transcorre sem grandes dificuldades, contando com grande adesão das participantes e com poucas recusas, embora isso já tenha acontecido. Duas gestantes recusaram-se a participar, ao que parece motivadas por fantasias persecutórias. Uma delas se negou a informar sua renda, talvez por temer não ser mais atendida num serviço público de qualidade e a outra recusou a participação na pesquisa quando soube que seria entrevistada posteriormente, possivelmente com receio de expor dados particulares de sua vida.

Um desafio para os pesquisadores é lidar com a angústia diante da elevada pontuação na EPDS de algumas gestantes participantes da pesquisa, tendo em vista que esse pode ser sugestivo de sintomas depressivos já na gestação. Outro fato é que as gestantes, já na primeira fase da pesquisa fazem comentários sobre a ansiedade relacionada à gestação, ou outras questões que mobilizam o movimento contra-transferencial, não podendo, no entanto, haver intervenção nesse momento.

Simon (1971) relata a questão humana de fantasiar sobre a morte, na qual o sujeito idealiza-se um ser onipotente capaz de retardar, deter ou anular a ameaça de morte. Coloca-o acima das limitações da realidade e diante da derrota, forma sentimentos de culpa pelo fracasso da onipotência. Nestes momentos de angústia do pesquisador, a supervisão foi e tem sido de suma importância para amenizar a angústia surgida delimitando o papel de pesquisador e do psicólogo clínico neste projeto de pesquisa. A coordenadora do grupo, na supervisão, apresenta o “mundo científico” aos integrantes do grupo, delimitando a realidade e os papéis desempenhados que devem estar dentro da ética da pesquisa, da Psicologia e dos protocolos hospitalares.

Podemos pensar o papel da supervisão associando-o ao holding que a mãe precisa fornecer ao seu bebê. A partir da identificação e empatia com o bebê, a mãe apresenta “o mundo em pequenas doses”, com as decepções necessárias ao bom desenvolvimento de maneira a serem integradas pelo bebê como avanços ou conquistas e não como invasões ou rupturas desmedidas. Para que este processo ocorra bem é importante que o ambiente forneça o *holding* necessário para a mãe, permitindo a ela prover o *holding* a seu bebê (Kim, et al. 2013).

Dito de outro modo, o ambiente acolhedor é aquele que propicia ao indivíduo sentir-se amado e respeitado na sua individualidade e que frustra o suficiente para ensinar a respeitar os limites, assim como, encoraja a enfrentar as situações atemorizantes. Assim, também, os pesquisadores precisam lidar com a realidade de seus estudos, suas angústias e limites diante dos participantes (Simon, 2000). A interação grupal, incluindo coordenadora e pesquisadores, favorecem lidar com as angústias que emergem a cada uma das situações desafiadoras que surgem.

Segunda fase

Na segunda fase da pesquisa, quando os bebês já haviam nascido, deparamo-nos com a dificuldade em contatar as participantes. Das 135 gestantes que participaram da primeira fase da pesquisa, 87 (64%) não retornaram ou não foram localizadas. No momento da aplicação da escala, estas 87 participantes apresentavam idade média de 27 anos e renda familiar média de R\$ 3774,00. Em relação à escolaridade, cerca de 50% delas possuíam Ensino Superior Completo. Sobre a condição civil, 64% declararam

casadas, 29% solteiras e 7% em outras condições. Essas variáveis (idade, renda familiar, escolaridade e estado civil) foram comparadas ao resultado apresentado pelas participantes na EPDS, mas nenhuma correlação estatisticamente significativa foi identificada.

Algumas situações que ocorreram impossibilitando a entrevista: inexistência do número de telefone, dificuldade de encontrar a participante no número informado, não retorno das ligações, além de que geralmente são informados celulares que tem seus números mudados. Muitas vezes, quando o contato telefônico é bem sucedido e a entrevista agendada, algumas participantes não comparecem, bem como, não avisam da impossibilidade de comparecer, desperdiçando o tempo da pesquisadora que fica à espera da puérpera.

Esta situação gera desconforto e frustração nas pesquisadoras que, muitas vezes, deslocam-se ao hospital ou UBS somente para entrevistar a participante agendada. Tenta-se agendar a entrevista no retorno médico obstétrico ou no retorno pediátrico, de forma a aproveitar a ida da puérpera ao serviço de saúde, porém, algumas vezes, elas também não comparecem ao agendamento médico.

Do ponto de vista de uma análise qualitativa desenvolvemos algumas hipóteses que podem fazer-nos compreender o grande número de perdas da segunda fase da pesquisa. Uma das hipóteses é a de sentimentos de persecutoriedade diante da entrevista preventiva, sintomas da própria depressão, questões culturais, falta de gratidão pelos cuidados recebidos no serviço de saúde, falta de motivação para participar da pesquisa, entre outras questões, que talvez nunca iremos alcançar.

Outra hipótese a ser levantada e que pode auxiliar na compreensão da desistência da puérpera e do não comparecimento à segunda fase da pesquisa, em alguns casos, é a dificuldade da mãe em separar-se do bebê ou expô-lo às dificuldades de locomoção ou da realidade objetiva em geral, como um aspecto da preocupação materna primária, que como sabemos é constituída fundamentalmente por regressão e empatia com o bebê (Winnicott, 1975).

Compreendendo a dificuldade das puérperas em locomover-se até o hospital, o grupo dispôs-se a ir até a residência das participantes. Quando a participante mostra-se resistente à entrevista geralmente não aceita também a entrevista domiciliar, contudo, para aquelas que se mostram disponíveis, a ida do entrevistador vai ao encontro de suas necessidades, um esforço em sua direção que demonstra interesse e faz com que este gesto possa ser terapêutico em si. Isso mostra a importância de adaptação do pesquisador à realidade objetiva da participante e a importância da curiosidade e manejo do pesquisador na busca do conhecimento surgido diante dos obstáculos vivenciados na prática científica (Kim, et al. 2012). No entanto, dentre os obstáculos vivenciados na entrevista domiciliar encontra-se a questão da segurança do pesquisador (em relação ao local de residência das participantes) e a maior disponibilidade de tempo necessário para a execução da entrevista.

Há também a dificuldade de estabelecer um local fixo para as entrevistas no ambiente hospitalar, havendo uma prioridade de uso das salas pelos médicos, o que causa a interrupção das entrevistas de algumas participantes. Este fato causa constrangimento nas pesquisadoras, bem como, a interrupção da associação livre das entrevistadas, mas como estamos dentro da instituição, é inevitável que essa situação aconteça e é necessário aprender a lidar com ela.

A entrada do psicólogo num ambiente que é predominantemente médico pode provocar algum incômodo, alterando o campo e provocando reflexos em seu grupo. Pode aparecer curiosidade, estranhamento, aproximação, ou afastamento, de acordo com as características de cada um dos indivíduos (Turato, 2008).

Já a questão de até onde intervir ou não durante a entrevista foi levantada durante as supervisões e as pesquisadoras receberam as devidas orientações caso a caso. Contudo, a discrepância entre a demanda por atendimento dos casos encaminhados após a supervisão e orientados a buscar atendimento psicoterápico e/ou psiquiátrico e a realidade da saúde pública onde a fila de espera é longa e insuficiente causou sentimento de impotência em algumas pesquisadoras, bem como, o desejo de aprofundar os estudos e desenvolver outros projetos de pesquisa. Como o tempo de duração da pesquisa não está definido, mas sim o número de participantes da amostra – tendo em vista completar as duas fases – o grupo além de se adaptar às dificuldades e perdas de participantes também necessita de adaptação em relação à rotatividade dos pesquisadores, que deixam o grupo por questões particulares ou profissionais.

Conforme podemos constatar a partir de trabalhos de profissionais da Psicologia, essa é uma dificuldade encontrada também no âmbito da assistência de saúde. Nesse sentido, compreende-se que a alta rotatividade de psicólogos na constituição de um serviço tem repercussões negativas, uma vez que não há tempo suficiente para que o trabalhador possa conhecer as demandas endereçadas a ele e articular um projeto de trabalho próprio (Alberti, 2008). O mesmo se aplica ao pesquisador, tendo em vista que é necessário tempo, interesse e dedicação para que este consiga apropriar-se das questões da pesquisa, do referencial teórico que embasa o projeto e do trabalho de campo.

Algumas estratégias estão sendo usadas no grupo para facilitar a integração de novos pesquisadores. Para tanto, o grupo desenvolveu um manual com as informações básicas pertinentes ao projeto de pesquisa e com orientações de preenchimento do material e de entrevista para facilitar o treinamento e trabalho de campo dos pesquisadores recém-chegados ao grupo, além de uniformizar os procedimentos da pesquisa.

Considerações finais

Consideramos que a colaboração dos médicos e da instituição têm sido de suma importância para a grande adesão na primeira fase da pesquisa. O fato de que a pesquisa está vinculada à universidade facilita que seja aceita e valorizada. Para compreender a queda acentuada da adesão, na segunda fase da pesquisa, realizamos uma análise qualitativa, já que não houve uma correlação significativa entre as variáveis, impossibilitando uma análise quantitativa. Desenvolvemos, então, algumas hipóteses para analisar esse fenômeno.

Temos por hipótese o envolvimento de sentimentos de persecutoriedade, preocupação materna primária, ou mesmo o fato de que as gestantes que foram atendidas em pré-natal no hospital universitário se desligam e passam a receber atendimento em outros locais, como a UBS. Parece-nos também, tendo em vista o tema da pesquisa, que os próprios sintomas depressivos possam impedir que a puérpera retorne e participe da entrevista.

Analisar os fenômenos transferenciais e contra-transferenciais também pode auxiliar a compreender essa situação, pois são desafios para o pesquisador. De acordo com o objetivo da pesquisa uma vinculação maior com a participante não é desejada, pois se tornaria mais um aspecto a ser considerado nas análises pela possível influência nos resultados e podendo fazer com que se perca o foco da pesquisa.

As reuniões do grupo e a supervisão das entrevistas ajudam a manter uma conduta neutra entre todos os pesquisadores, já que não é nossa função o atendimento clínico, mas o encaminhamento quando necessário.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2008). O hospital, o sujeito e a psicanálise: Questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11, 143-160.
- Bleger, J. (1979). *Temas de psicologia: Entrevista e grupo*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Kim, H. R., Munhoz, C. N., Mello, M. L. M., Motta, I. F., Yamamoto, K., & Simon, R. (2013). A importância dos fatores ambientais como facilitador do holding na relação mãe-bebê. *Revista Rabisco*, 3, 124-132.
- Kim, H. R., Munhoz, C. N., Ribeiro, S. R. R., Motta, I. F., Yamamoto, K., & Simon, R. (2012). *Pesquisa sobre depressão pós-parto: Entrevista domiciliar seus limites e alcances*. Trabalho apresentado no VII Encontro Brasileiro sobre o Pensamento de D. W. Winnicott.
- Lapeyre, M., & Sauret, M. J. (2008). A psicanálise com a ciência. *Tempo Psicanalítico*, 40, 273-306.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: Da prática curativa aos dispositivos de promoção de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 608-621. doi: 10.1590/S1414-98932007000400004
- Pinto, E. B. (2004) A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. *Psicologia USP*, 15, 71-80. doi: 10.1590/S0103-65642004000100012.
- Segal, H. (1975) *Introdução à obra de Melanie Klein*. São Paulo, SP: Imago.
- Simon, R. (1971). “O complexo tanatolítico” justificando medidas de psicologia preventiva para estudantes de medicina. *Boletim de Psiquiatria*, São Paulo, 4, 97-128.
- Simon, R. (1989). *Psicologia clínica preventiva. Novos fundamentos*. São Paulo, SP: EPU.
- Simon, R. (1995). Manejo de angústia na entrevista preventiva. *Boletim de Psicologia*, 45, 53-57.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514. doi: 10.1590/S0034-89102005000300025
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Winnicott, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.

O PENSAMENTO DE FRANCO BASAGLIA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria Luisa Sandoval Schmidt ✉

Universidade de São Paulo (USP) – Instituto de Psicologia - (IPUSP) - Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA)
São Paulo/SP - Brasil

O presente artigo tem como propósito chamar a atenção para contribuições do pensamento de Franco Basaglia na esfera da formação de profissionais de saúde. No final dos anos 70, foi publicado um livro contendo as conferências proferidas por Franco Basaglia (1979) no Brasil. Naquela sobre "A atuação da equipe psiquiátrica na comunidade", pronunciada no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo, no dia 19 de junho de 1979, o autor faz apelo à continuidade de ações iniciadas no Brasil, numa perspectiva de internacionalização da reforma psiquiátrica e da luta pela desativação e desconstrução de hospitais psiquiátricos e manicômios. Na conferência, Basaglia afirma acreditar que a atuação militante em sua especialidade, a psiquiatria, pode mudar o mundo. Em suas palavras:

E podemos mudar, transformar o mundo, através da nossa especialidade, através da miséria dos nossos pacientes, que são uma parte da miséria do mundo. Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo, e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação. Nesse momento, nós não somos mais uma sociedade de psicodrama, nem uma comunidade da criança, nem uma sociedade de psiquiatria social. Somos pessoas unidas que lutam pela liberdade real do mundo. (Basaglia, 1979, p. 29)

Seu discurso é animado por uma disposição revolucionária em que a transformação profissional é, ao mesmo tempo, engajamento político e ético com a transformação do mundo. Técnicos e profissionais da saúde e, mais especificamente no campo da saúde mental, são, nesta perspectiva, convocados à tomada de consciência sobre as formas de opressão consumadas nas e pelas atividades profissionais.

O longo texto de Basaglia, em co-autoria com Franca Basaglia Ongaro, chamado "Los crímenes de la paz"¹⁰ que está no livro por eles organizado *Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión* trata de modo detalhada desta questão da participação de intelectuais e técnicos (das ciências) na opressão das classes populares. O texto de Basaglia e Ongaro discute

✉ - Maria Luisa Sandoval Schmidt, Rua Capote Valente, 964, apto 11 - 05409002 - São Paulo, SP, Brasil, Email: maluschmidt@terra.com.br

¹⁰ No Brasil não foi possível encontrar uma tradução para o português deste livro que foi publicado, originalmente, em italiano, no ano de 1975, com o título *Crimini di pace*. O livro reúne, além do texto citado, vários capítulos de diferentes autores —Foucault, Laura, Goffman, Szasz, Castel, Laing, entre outros.

especificamente esta questão na esfera do "tratamento" da loucura e da delinquência, discutindo, portanto, a posição dos intelectuais e técnicos do e no campo da saúde mental.

Os autores partem da contradição entre a posição política de esquerda de indivíduos que, no entanto, no exercício de sua atividade profissional aderem à ideologia burguesa, dominante. A tomada de consciência desta contradição e da posição conformista dos intelectuais e técnicos na atuação profissional é central para a percepção de seu papel e lugar de disciplinadores e de controle exercidos com base nas teorias científicas.

Um elemento interessante, apontado como desencadeador potente da percepção de contradições por parte dos técnicos e profissionais é a resistência dos "pacientes", recusando-se a consentir ou legitimar atos de controle e de imposição de disciplina que, com isso, denudam a face autoritária dos hospitais psiquiátricos. O manicômio, sob efeito dos gestos de resistência dos internos, mostra-se contraditório: proposto como lugar de cura é, na prática, lugar de separação e violência.

Para os profissionais, a oportunidade de mudar de posição surge quando são capazes de "corroer" as "verdades científicas", pondo a nu suas relações com a estrutura social e com os valores dominantes, hegemônicos. No processo de tomada de consciência é possível haver um deslocamento de sua posição como "funcionários do consenso", recusando-se a conferir seu aval à discriminação de classe e à violência presentes em suas intervenções e seu trabalho.

Esse ponto é fundamental pois assinala a possibilidade do técnico romper seu interesse pelas necessidades de controle da sociedade, colocando-se na perspectiva das necessidades dos internos. Esse deslocamento passa, obrigatoriamente, pela compreensão do manicômio como partícipe da luta e da divisão de classes.

No sentido da divisão de classes, importa perceber a "cooptação" das ciências humanas pela dominação de classe, principalmente pelo uso das categorias de normal e patológico que tomam os padrões da classe dominante como normalidade e seus "desvios", nas classes populares, como patologia. Por isso, a produção e apropriação do conhecimento pela classe subalterna é pauta da transformação buscada pela reforma psiquiátrica. Citando os autores:

Si el técnico profesional es el funcionario — consciente o inconsciente — de los *crímenes de la paz* que se perpretan en nuestras instituciones, en nombre de la ideología de la asistencia, de la cura, de la tutela de los enfermos y de los más débiles, o en nombre de la ideología del castigo y de la rehabilitación, ¿puede ser útil poner al descubierto no sólo el estado de violencia y de retraso — todavía real, todavía casi idéntico — de nuestras instituciones represivas (manicomios, cárceles, institutos para menores, etc), sino los mecanismos a través de los cuales la ciencia justifica y legitima estas instituciones? Y estos conocimientos ¿pueden volverse patrimonio de la clase subalterna de modo que entre sus reivindicaciones exija una ciencia, controlada por ella, que responda a sus necesidades, consciente de los modos y de los mecanismos a través de los cuales la ciencia burguesa puede continuar no respondiéndolo? (Basaglia & Ongaro, 1977, pp. 25-26).

É preciosa a afirmação de que os serviços não são organizados para responder às necessidades dos usuários mas sim àquelas de seus organizadores e da organização em si. Por exemplo, o hospital feito para os médicos e seu pessoal e não para os pacientes. A prospecção de necessidades da população questiona tanto a pretensão de neutralidade dos técnicos quanto o grau de abstração e generalização contido nas proposições "de gabinete" para os serviços. A organização, muitas vezes, visa mesmo que os serviços se protejam da confrontação com o terreno concreto das necessidades.

Para os autores, a utopia é a possibilidade de expressão das necessidades, enquanto a realidade que se mostra contraditória contém elementos de mudança. Por isso, a transformação apoia-se, duplamente, na projeção do possível e na consciência da realidade concreta, vivida por aqueles que sofrem. Trata-se de buscar respostas concretas para as necessidades as quais convém que permaneçam em tensão crítica com perspectivas de transformação. Esta é mais uma faceta interessante do pensamento de Basaglia, uma vez que obriga à consideração do caráter conformista de certas demandas.

... al hipotetizar una organización sanitaria, se corre el riesgo de caer en dos errores opuestos: por un lado el de proponer respuestas que van más allá del nivel de realidad en el cual se mueven las necesidades, creando otras, a través de la producción de nuevas realidades-ideologías a las cuales las medidas adoptadas estean dispuestas para responder, por otro, el de permanecer tan apegados a la realidad como para proponer respuestas encerradas en la misma lógica que produce el problema por afrontar. (Basaglia & Ongaro, 1977, p. 28).

Atenta, ainda, para a estimulação de demandas para produtos e serviços criados com fins de lucro ou de acordo com a lógica de mercado. Ou seja, para a inversão segundo a qual não se busca uma resposta para uma necessidade mas se cria a necessidade de um produto ou serviço disponíveis. Na esfera da saúde mental, mas não exclusivamente, Basaglia e Ongaro apontam a *expansão do campo da anormalidade*, em que a patologização é uma forma de controle social. O tema das necessidades, aqui desdobrado em várias direções pertinentes, associa-se àquele da singularidade.

Para os autores, nas instituições asilares (e seria possível pensar nas instituições de saúde em geral) é preciso mudar a relação entre cidadão e sociedade, englobando aquela entre saúde e enfermidade. Seria útil reconhecer que a finalidade das ações é o homem, cada homem concreto e suas necessidades. O valor de cada homem pode vir a ser maior que o valor da saúde e da doença; essa inversão de valores poderia encaminhar a sociedade para uma transformação por meio da qual procurasse responder às necessidades de cada um e de todos. O valor absoluto da saúde em sentido positivo e da doença em sentido negativo anulam ou encobrem o valor relativo da saúde e da doença por referência a acontecimentos, experiências e contradições da vida que é vivida entre a saúde e a enfermidade. Nas palavras dos autores: "Cuando el valor es el hombre, la salud no puede representar la *norma* si la condición humana es estar constantemente entre la salud y la enfermedad" (p. 30).

Os serviços se limitam a responder tecnicamente nos limites da ideologia-realidade¹¹ presente em que beneficiam poucos porque não conhecem as necessidades dos menos poderosos e, por isso, não superam ou transformam a realidade atual. A resposta técnica a uma necessidade humana reforça o poder e o domínio de classe; as relações de "tratamento" ratificam a doença e a dominação. Nesse sentido, a superação da hegemonia do saber médico e do binômio que associa saber e poder são alvos da construção de um cuidado que se singulariza. Ainda dois problemas precisam ser destacados: aquele das relações e mútuas implicações das transformações das práticas de cuidado em saúde e saúde mental e das mudanças sociais; aquele dos efeitos da desigualdade sobre o sofrimento e sua determinação nas chamadas doenças mentais.

Sobre o primeiro ponto, os autores fazem a crítica às propostas de cura e reabilitação de homens e mulheres que não encontram, depois, maneiras de viver e trabalhar em

¹¹ Os autores fazem uma distinção entre utopia-realidade e ideologia-realidade. Na primeira existe a percepção das contradições da realidade presente e a necessidade ou desejo de superá-las, trabalhando-as na busca de respostas justas e adequadas, no plano concreto, às coletividades ou a todos de maneira singular. A segunda parece a utopia da sociedade administrada: a projeção de uma expansão e "aprimoramento" das formas de controle (por exemplo, por meio de protocolos e normas).

sociedade; homens e mulheres que reencontram as exigências e intolerâncias da sociedade capitalista, voltando a ser identificados como "fora dos padrões" e vivendo a ausência de um sentimento de pertencimento à sociedade. Aqui confluem a luta por direitos dos que sofrem a loucura e a luta pelos direitos sociais da classe trabalhadora, ou dito de outra maneira, a luta pela reforma psiquiátrica ou a luta anti-manicomial enseja a luta pela conquista de cidadania e pelas formas diversas de habitar a cidade.

Em relação ao segundo ponto, os autores defendem que a mudança social na direção de maior igualdade e justiça não necessariamente elimina o diferente, mas pode ensejar uma outra relação com ele. E, certamente, há desigualdade no tratamento ou relação com aquele que se apresenta diferente em função da desigualdade de classe social. A criminalização, tanto da diferença quanto da luta por direitos sociais, advém, ainda para os autores, do esquecimento ou da ignorância das necessidades singulares. Na aproximação entre algumas dessas idéias que inspiraram a reforma psiquiátrica e aquelas que possam inspirar e apoiar a formação de profissionais de saúde nos dias atuais, chama a atenção, primeiramente, a aposta na transformação das práticas de cuidado e seus imbricamentos, suas raízes e seus efeitos na vida social.

É possível identificar, em algumas propostas formativas, a concepção de que as transformações nas e das institucionais de saúde dependem e ensinam, a um só tempo, transformações dos profissionais e dos intelectuais envolvidos em seus processos, bem como das condições de vida da população atendida. Esta implicação de mão dupla é um ponto nodal das noções aqui examinadas em que a democratização das relações, a consciência da dimensão política da ação profissional, o engajamento intelectual e afetivo dos trabalhadores no trabalho são, a um só tempo, objetos e alvos de uma construção que é a própria reforma psiquiátrica e, pode-se dizer, a própria formação.

Essa característica processual situa-se, contudo, num âmbito talvez muito mais amplo e ambicioso politicamente no caso da reforma psiquiátrica pensada e praticada por Basaglia em comparação com o que se tem observado na formação em nosos dias. Na visão basagliana, estava, e está, em jogo a radicalidade da idéia de que uma sociedade sem manicômios requer não meramente a reforma da instituição ou mesmo sua eliminação, mas a revolução social, a mudança da ordem social capitalista. A mudança social, por sua vez, pode ser projetada como tarefa da atividade profissional que se politiza, na tomada de consciência das funções disciplinadoras, opressivas e de controle dos chamados "funcionários do consenso" e na crítica às formas de explicar e tratar que mistificam um conhecimento científico marcadamente ideológico e comprometido com a classe dominante.

Esta abordagem marxista, datada, no campo da saúde mental, nos anos 60 e 70, permite entender dois elementos importantes para as aspirações de mudança, válidos, ao que parece, para aquelas décadas e, também, para a atualidade. O primeiro deles diz respeito às identidades profissionais forjadas pelas teorias científicas, com seus mitos de neutralidade e universalidade, e a consequente separação entre a dimensão político-ideológica e a técnica-profissional. O segundo, estreitamente ligado ao primeiro, assinala que a mudança no trato com o diferente e a loucura passa pela crítica epistemológica, ética e política da visão da moderna psiquiatria ou do modelo estreitamente bio-médico da loucura e da diferença (que estabelece analogia com o modelo estritamente bio-médico da saúde e da doença). O estreitamento da região de embate e combate ideológico, ético e político em torno das experiências de loucura, dos direitos sociais dos que sofrem, enlouquecem ou não se adaptam, dos modos de cuidar e conviver é, talvez, concomitante ao recrudescimento das visões exclusivamente técnicas que domimam o campo da saúde mental. A leitura de Basaglia e Ongaro pode insuflar o

debate político que, muitas vezes, fica negligenciado, quando a formação assume uma característica exclusivamente técnica.

A atenção à redução técnica da ação dos profissionais da saúde, questionando os princípios tayloristas da especialização, da divisão do trabalho entre propositores e executores e da intensa formalização e controle do cuidado, bem como os ensaios de articulação, pelos profissionais, dos saberes nucleares das especialidades com campo de saberes amplos e comuns às diferentes profissões podem ser antídotos à redução técnica e ao isolamento especializado. Parece ser tarefa de uma formação para a emancipação o investimento na superação da separação entre profissional e político e, sob certos aspectos, também, na confrontação crítica da hegemonia do modelo médico-assistencial e dos saberes e modos de fazer baseados, exclusivamente, na ciência (positivista).

É de caráter político o debate em torno das equipes de cunho interdisciplinar e multiprofissional regidas pelo sentido igualitário das contribuições e colaborações entre diferentes profissionais, bem como a constituição de coletivos para os quais concorrem os saberes e as experiências dos profissionais e aqueles advindos da população e dos trabalhadores com função de mediação entre o sistema de saúde e a população, como agentes comunitários de saúde, por exemplo.

A prática de relações democráticas no interior e entre grupos e coletivos, é o ambiente, o terreno, a base das transformações esperadas ou desejadas: é, repetindo algo já assinalado anteriormente, o objeto e o instrumento dessas transformações. Na analogia com as idéias defendidas por Basaglia e Ongaro, dois elementos parecem se destacar como o combustível, provocador e potente, do cuidado que resulta da colaboração e negociação coletivas: o conhecimento e respeito pelas necessidades da população e as funções de mediação exercidas por certos trabalhadores.

Basaglia e Ongaro insistem no poder das necessidades como metabolizadoras e mobilizadoras de mudanças e deslocamentos cruciais nas visões e práticas de cuidado. Denunciam o quanto a organização das instituições psiquiátricas, os manicômios, é feita em função das necessidades dos médicos e seu pessoal, voltadas, sobretudo, para o controle e o disciplinamento dos internos.

Conhecer as necessidades dos internos representou, no momento da reforma intentada por Basaglia e outros, um meio de acessar experiências e histórias nas quais se forjaram indivíduos existentes e concretos e, também, um caminho de desconstrução de preconceitos e ignorâncias, por parte dos profissionais, que serviam de base, junto com os mitos científicos sobre a inacessibilidade dos "doentes mentais", para a noção de periculosidade desses indivíduos.

Nos sistemas de saúde, as necessidades da população são centrais e requerem disposição para o diálogo e a abertura para a remodelagem de serviços e práticas de cuidado. Parece interessante marcar o conhecimento das necessidades da população que recorre a um serviço de saúde como o veículo da constituição de relações de solidariedade, respeito e preocupação entre ela e os profissionais.

Em Basaglia e Ongaro, fica muito rigorosamente exposto que as necessidades da classe dominada, proletária ou subalterna que adoece são a chave para a aliança que poderá, eventualmente, surgir, entre indivíduos dessa classe e profissionais e técnicos das instituições, em sua maioria de classe média. Trata-se, nesse caso, de uma visão perpassada pela luta de classes; visão atenta às desigualdades que atravessam toda a vida social e que se consubstancializam em exclusão e violência no manicômio como recurso de "tratamento" destinado às classes populares ou como políticas de saúde para pobres em tensão com tentativas de transpor essas noções e suas nefastas consequências.

Basaglia e Ongaro chamam, ainda, a atenção para duas linhas de preocupações sobre a prospecção das necessidades. A primeira refere-se às contradições que as necessidades

portam, de tal forma que sua abordagem não pode ser naturalizada. Ao contrário, entender necessidades implica encontrar respostas concretas para necessidades legítimas e, ao mesmo tempo, questioná-las e desacomodá-las em circunstâncias em que se antevê o conformismo. Um exemplo seria, talvez, a crescente demanda por remédios que pede uma abordagem matizada e reflexiva, na consideração das situações concretas e singulares em que se apresenta.

A segunda diz respeito ao risco de se confundir necessidades legítimas com necessidades "criadas" artificialmente para responder a produtos ou serviços que já se tem. Caberia aqui pensar numa espécie de inversão: ao invés dos profissionais inventarem maneiras de responder a necessidades da população, induzem a população a demandar serviços e produtos que estão disponíveis. Nesse risco está contida a expansão do campo das patologias como "criação" de mercado para produtos e serviços.

A organização de serviços e práticas de saúde como resposta a necessidades é uma linha de comunalidade e continuidade das políticas de saúde mental cujo sentido deita raízes nas intenções de democratização e reparação das desigualdades no acesso à saúde. A formação que atende a essa tradição necessariamente passa pela assunção de compromisso político e ético com a luta contra a desigualdade e a injustiça social.

O lugar e o papel de mediação de certos trabalhadores da saúde é um elemento que convém ser destacado. Basaglia e Ongaro discutem este elemento tomando como exemplo forte, na experiência com manicômios, a enfermagem.

A posição do enfermeiro, no manicômio, é emblemática no entendimento dos trabalhadores mediadores que se encontram entre a equipe médica e os internos. O enfermeiro é oprimido por dispositivos médicos e jurídicos; pela ameaça de demissão; pela responsabilidade que a hierarquia burocrática descarrega sobre ele; e corrompido pela possibilidade de viver seu papel de carcereiro como alternativa à opressão que sofre (Basaglia & Ongaro, 1977, p. 56). Vive uma posição intersticial, entre a custódia e a cura; a responsabilidade jurídica e o risco pessoal; a subordinação ao médico e a identificação com o interno.

Essa posição intersticial remete à metáfora de um lugar significativo para pensar a formação de profissionais de saúde, entre eles o psicólogo. Aprender a sustentar lugares de mediação e passagem pode ser condição para o deslocamento crítico em relação àqueles lugares de poder e saber a partir dos quais os profissionais exercem o controle e a disciplina sobre outros e, portanto, uma condição para pensar e experimentar práticas em comum com outros.

REFERÊNCIAS

- Basaglia, F. (1979). A atuação da equipe psiquiátrica na comunidade. In F. Basaglia(Ed.), *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática Conferências no Brasil* (pp. 28-43). São Paulo, SP: Ed. Brasil em Debates.
- Basaglia, F., & Ongaro, F. B. (1977). Los crímenes de la paz. In F. Basaglia & F. B. Ongaro (Eds.), *Los crímenes de la paz: Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión* (pp. 13-102). México: Siglo Veintiuno Editores.

REPRESENTAÇÕES DE IDOSOS SOBRE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Kalina Santos✉, Daniella Pinheiro, Maria do Carmo Eulálio e Railda Alves

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento, e que traz sérias preocupações aos governantes e a população como um todo. Torna-se um desafio nesse sentido à nossa sociedade buscar subsídios para melhorar a qualidade de vida dessa população, e consequentemente compreender melhor esse processo de desenvolvimento humano. A maioria dos conceitos refere-se à multideterminação desse processo, assinalado por modificações em seus aspectos físicos, sociais, biológicos e psicológicos, e dimensões políticas, culturais e econômicas (Ferreira et al., 2012).

Diferentemente do que se pensa, velhice e envelhecimento possuem características diferentes, uma vez que o processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; mas é na velhice que este processo aparece de forma mais evidente. O conceito desta necessita ser visualizado como a última fase do processo de envelhecer humano, pois a velhice não é um processo como o envelhecimento, é antes um estado que caracteriza a condição do ser humano idoso (Santos, 2010).

Com o avançar das discussões sobre o processo saúde-doença, foi percebido que a promoção de saúde precisava ir além do discurso da “ausência de doença” e da unicausalidade. A tendência atual de se encarar a saúde e doença não mais as compara com estados fixos, isolados e de causação aleatória, pois constituem uma expressão geral da vida social do indivíduo. Também se deve incluir a dimensão do bem-estar, um conceito maior, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante (Vianna, 2011) e nesse sentido fala-se diretamente em viver com qualidade de vida.

O Estilo de Vida implica na apropriação que o indivíduo faz acerca de certa cultura para que possa viver e agir no meio em que opera, e isso engloba não apenas aspectos físicos e biológicos, mas psicológicos, afetivos, sociais e cognitivos. Uma vez adquirido, o estilo de vida se torna pouco aberto a mudanças, afinal é algo que está arraigado no indivíduo, na sua rotina, bem como em seu modo de viver. É uma expressão habitual para referir a forma como uma pessoa ou mesmo grupo de pessoas compreendem a vida e a experimentam viver através de comportamentos, expressos sob a forma de hábitos, rotinas ou formas de vida adaptadas ao dia-a-dia e padrões de consumo, e esse estilo de vida adotado ao longo da vida de uma pessoa irá condicionar toda a dinâmica do processo de envelhecimento (Castilho, 2010).

Estudos na área apontam expressiva superioridade que as causas de mortalidade entre idosos no Brasil poderia ser reduzida significativamente com a execução de

✉ - Kalina Santos, Rua Antônio Joaquim Pequeno, 428. Bairro Universitário, Campina Grande, PB-Brasil. E-mail:kalinalima17@hotmail.com.

programas de tratamento e prevenção adequados à essa demanda. Nos últimos anos tem sido enfatizado por meio de diversos veículos associadas a discursos voltados a melhoria da saúde com a aquisição de estilo de vida saudável. Fato essencial na promoção à saúde, bem como o incentivo à práticas de atividades físicas regulares.

Entretanto em virtude das condições econômicas, sociais e ambientais, nem todos têm aderido a tais iniciativas para uma melhor vivência de dias mais plenos e saudáveis. Assim, diversos fatores determinantes da saúde no processo de envelhecimento são relacionados ao estilo de vida ativo no envelhecimento - como cultura; gênero; promoção da saúde e prevenção de doenças; saúde mental; fatores psicológicos; hábitos de vida saudáveis; genética; fatores ambientais; apoio social; educação; fatores econômicos e trabalho.

Os benefícios de um estilo de vida ativo e socialmente engajado são enfatizados pelas possibilidades de progresso acerca de uma vida mais saudável, bem como para um envelhecimento bem-sucedido de modo que este envolva não apenas aspectos físicos, mas ainda cognitivos sociais e psicológicos. Nesse sentido, O objetivo deste trabalho foi conhecer como pessoas idosas representam um estilo de vida saudável.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa.

Participantes

Participaram da pesquisa 65 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, que aceitaram participar livremente da pesquisa e residentes na cidade de Campina Grande – PB no Brasil e que passaram pelo critério de inclusão do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Materiais

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Questionário sociodemográfico (composto por perguntas relativas a dados como idade, escolaridade, composição e renda familiar, que tem como fim extrair informações objetivas e descritivas a respeito do entrevistado); Mini Exame do Estado Mental (MEEM - que já é validado para a população brasileira, e é composto por 30 itens e avalia sete categorias de funções cognitivas. Sua pontuação total pode variar de 0, que indica certo grau de comprometimento cognitivo, a 30 pontos que corresponde a melhor capacidade cognitiva, assim distribuídos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação atrasada de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e praxia construtiva (1 ponto) (Folstein, Folstein & Mc Hugh, 1975) e uma Entrevista Semiestruturada (guiada por um roteiro composto por temas chaves independente da ordem, constituindo assim uma oportunidade onde o idoso poderá se expressar mais livremente sobre temáticas de interesse dele e da pesquisa).

Procedimento

O Método de Análise dos dados Sociodemográficos foi realizado por meio do Software Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS); As entrevistas Semi Estruturadas foram analisadas por meio da análise categorial temática (Bauer, 2010). As respostas foram registradas em áudio digital e transcritas na íntegra para análise de seu conteúdo. Sua aplicação ocorreu de forma idêntica para todos os participantes. As informações foram tratadas através da mesma técnica de análise.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico

Os idosos entrevistados apresentaram uma média de idade de 72,05 anos, sendo a menor idade 60 anos e a maior 87 anos. Em relação ao sexo, 27,5% homens 72,5% mulheres. No tocante ao estado civil, 42,5% são casados ou vivem com um companheiro; 7,5% são solteiros; 7,5% são separados e 42,5%. Quanto à escolaridade foi constatado que 15% nunca foram à escola; 54,5% possuem o nível fundamental; 15% frequentaram o ensino médio; 12,5% tem nível superior. Quanto á religião, a maioria é católica (77,5%) e (22,5%) alegaram ser evangélicos. Possuem renda mensal pessoal de até um salário mínimo (52,8%).

Entrevistas

A concepção de estilo de Vida Saudável gerou uma multiplicidade de conceitos revelados pelos idosos, no entanto foi possível agrupá-los para melhor compreensão e análise. Os resultados a seguir (apresentados em ordem decrescente) foram obtidos por meio dos seguintes estímulos indutores: “*Para o(a) senhor(a), o que é ter um estilo de vida saudável?*”; “*Para uma pessoa idosa ter saúde, como deve ser seu estilo de vida/modo de vida?*”; “*O que é mais difícil mudar no estilo de vida?*” e “*O que o(a) sr(a) faz para manter sua saúde?*”. Tais aspectos foram representados nas seguintes categorias, subcategorias, suas respectivas frequências e percentuais: No quadro 1 constam as Representações da alimentação para idosos, com a categoria “Alimentação” (Frequência: 295 ; 453,82%).

Quadro 1

Representação da alimentação para idosos

Categorias	Subcategorias	F	%
Alimentação	Alimentação equilibrada	210	323,07
	Dieta / Fazer regime	7	10,76
	Se alimentar no horário	4	6,15
	Dificuldade em dosar a ingestão de sal	32	49,23
	Uso do adoçante	6	9,23
	Moderar a ingestão de sal e açúcar	36	55,38
	Total	295	453,82

Fonte: Dados da Pesquisa

Os discursos dos idosos (representativos da categoria e das subcategorias) podem assim ser representados: na categoria “Alimentação”, os idosos alegaram basicamente que: “*É você se alimentar bem, ter o que você comer direitinho na hora; porque o diabético, por exemplo, não pode comer de tudo; o hipertenso já não pode comer sal, etc*”(E.06). Na subcategoria Alimentação Equilibrada: “*É você ter uma dieta balanceada, uma alimentação equilibrada pra melhor viver, minha filha...*” (E. 14); na subcategoria Dieta / Fazer regime: “*Olhe, pra você ter saúde tem que cuidar, tem que fazer uma dieta pra controlar a alimentação e num exagerar num é? (...) Tem que ter o regime adequado porque a gente também não pode estar comendo de tudo*”(E.22). Os idosos também ressaltaram a importância de ter horários estabelecidos para refeições/alimentações, conforme sugere o seguinte discurso: “*Tem que comer na hora certa, porque tem gente que come numa hora desordenada e isso acaba com a saúde da gente num é? Tem que comer no horário pra viver melhor de saúde*”(E.13). Algumas dificuldades também foram mencionadas pelos idosos no tocante a reeducação/readequação alimentar, uma vez que para a maioria da população pesquisada foi necessário dosar quantidades ingeridas de sal e açúcar, bem como

substituir açúcar por adoçante: “Pra mim o mais difícil foi ter que tirar o sal... E o açúcar eu tive que deixar também, porque eu tinha que começar a usar o adoçante. Ah minha filha, mas eu sofri muito viu? Porque eu detesto o adoçante. Mas tem que mudar né?”(E.35). No quadro 2 constam as Necessidades dos idosos, relacionadas a uma melhor assistência à saúde (F= 171; 266,13%).

Quadro 2

Necessidades relacionadas a uma melhor assistência à saúde

Categoria	Subcategorias	F	%
Assistência Médica	Obedecer as orientações médicas	90	138,46
	Ter um bom plano de saúde	7	10,76
	Tomar remédios regularmente	67	103,07
	Exames / consultas regulares	9	13,84
	Total	171	266,13

Fonte: Dados da Pesquisa

Os idosos mencionaram que, para obtenção e manutenção de uma vida com saúde a Assistência Médica seria imprescindível. Sendo assim, as subcategorias consistiram em Obedecer às orientações médicas: “É obedecer o médico no que ele disser pra fazer; seguir aquilo que ele mandar”(E.10); Ter um bom plano de saúde “Olhe minha filha, o idoso tem que ter uma boa assistência de um bom plano de saúde, porque os de hoje em dia às vezes nem cobre a família toda no atendimento, e nem o que a gente precisa”(E.44); Tomar remédios regularmente: “É procurar o médico né, e ele passa remédio pra gente tomar. E tem que tomar direitinho e não esquecer” (E.52); e fazer Exames e consultas regulares: “É ir sempre ao médico regularmente; fazer os exames direitinho pra saber se tá tudo bem...”(E.19). quadro 3 constam as Considerações acerca da realização de atividades físicas pelos idosos (F= 151 ; 233,83%).

Quadro 3

Considerações acerca da realização de atividade física

Categoria	Subcategorias	F	%
Atividades Físicas	Dificuldades de adesão	20	30,76
	Exercício mental	4	6,15
	Exercícios físicos	117	180,0
	Afazeres domésticos	11	16,92
	Total	152	233,83

Fonte: Dados da Pesquisa

Foi mencionado que a realização e inserção das atividades físicas dos idosos em seus estilos de vida é representada por Dificuldades de adesão: “É a atividade física né? Porque é mais difícil a pessoa andar todo dia e fazer isso todo dia”(E.02); foi citada ainda a importância de se praticar não apenas exercícios físicos, mas também Mentais: “O exercício mental é muito importante sabia disso? É mais importante até do que o físico, porque o físico a pessoa tá andando e automaticamente fazendo exercício”(E. 11). A Prática de Exercícios Físicos também foi citada como um fator importante nesse processo: “Eu acho que é bom a pessoa fazer um pouco de física né? Tem que fazer pra não parar de vez”(E. 33). O desempenho de afazeres domésticos também foi citado como um fator relevante para a saúde, uma vez que por ser desempenhado todos os dias, passou a ser visto pelos idosos como exercício físico pelo fato de leva-los à movimentação do corpo: “Aí eu faço as coisas em casa no dia a dia, me

movimento(...)”(E.26). O quadro 4 apresenta categoria e subcategorias relacionadas às práticas concernentes ao bem estar individual dos idosos pesquisados (F=65; 99,99%).

Quadro 4

Práticas concernentes ao bem estar individual

Categoria	Subcategorias	F	%
Bem estar	Ter paz	36	55,38
	Não se preocupar	10	15,38
	Paz e união em casa	19	29,23
	Total	65	99,99

Fonte: Dados da Pesquisa

Acerca das Práticas concernentes a um bem estar individual (Quadro 4), os discursos dos idosos resultaram na categoria “Bem Estar ” (F=65; 99,99%) implicou na presença de três subcategorias: “*Ter paz*”; “*Não se preocupar*” e “*Ter paz e união em casa*”. Nelas os idosos se referiram a “*Viver em paz; viver sem ter raiva, ser feliz (...)*” (E.38); “*É ter sossego e não se apertar, e não ter preocupação*” (E.22) e “*Ter paz, união em casa...*” (E.14).

Com base nas análises realizadas através dos discursos dos idosos, Exposição de fontes de apoio expuseram alguns itens significativos para o Apoio Social (F=40; 61,52%) dos idosos entrevistados (Quadro 5). Esta categoria, por sua vez implicou em quatro subcategorias: “*Ser bem tratado / bem cuidado*”; “*Ter boas amizades*”; “*Participar de grupos, não se isolar*” e “*Apoio Familiar*”. Nestas os entrevistados citaram respectivamente: “*É ser bem tratado, ser bem cuidado*”(E.11); “*É ter bons amigos pra conversar, ter boas amizades, o que é muito bom...*” (E.08); “*É participar de grupos da terceira idade, de comunidades; não se isolar*” (E. 35); e “*É ter assistência da família, principalmente um convívio; isso influi muito*”(E.17).

Quadro 5

Exposição de fontes de apoio

Categoria	Subcategorias	F	%
Apoio Social	Ser bem tratado / bem cuidado	8	12,30
	Boas amizades	6	9,23
	Participar de grupos, não se isolar	7	10,76
	Apoio Familiar	19	29,23
	Total	40	61,52

Fonte: Dados da Pesquisa

Na categoria “Fé” (Quadro 6) (F=64; 98,45%), foram encontradas três subcategorias, que versa sobre a importância da crença em Deus; do exercício da fé e da espiritualidade em rezas/orações/idas à igreja e as atitudes de agradecimento a Deus. “*É poder expressar seus sentimentos de fé, de religião em casa e indo na igreja. Orar, pedir a Deus.*”(E.11); “*As coisas que eu mais faço na minha vida é ir pra igreja, buscar ao Senhor pra Ele me ajudar, me dar força(...)*” (E.40) e “*Eu agradeço a Deus que eu vivo bem.*” (E.09).

Quadro 6

Fé

Categoria	Subcategoria	F	%
Fé	Rezar / orar; ir à igreja	12	18,46
	Buscar e confiar em Deus	37	56,92
	Agradecer a Deus	15	23,07
	Total	64	98,45

Fonte: Dados da Pesquisa

Quanto á categoria Autonomia (F= 18; 27,68%), emergiram duas subcategorias, sendo: “*Não depender dos outros*” e “*Ter disposição para trabalhar*”. Nelas, os idosos fizeram afirmativas conforme estas: “saúde é muito bom porque você faz tudo que precisa sem precisar pedir nada a ninguém; não depende de ninguém.”(E.29); “Ah, saúde é você poder trabalhar; ter disposição pra trabalhar e fazer as coisas”(E.55).

Quadro 7

Autonomia

Categoria	Subcategorias	F	%
Autonomia	Não depender dos outros	4	6,15
	Ter disposição para trabalhar	14	21,53
	Total	18	27,68

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com os discursos dos idosos, manter um estilo de vida saudável é algo que depende diretamente da Necessidade de um salário digno (Quadro 8). A categoria “Situação Financeira” (F=8; 5,2%) englobou uma subcategoria intitulada: “*Vida financeira boa/adequada*”. Aqui os idosos citaram: “*É você ter uma renda boa, razoável.*” (E.26); “*É ter as condições de viver dignamente, com uma boa aposentadoria, um salário bom...*” (E.11)

Quadro 8

Necessidade de um salário digno

Categoria	Subcategorias	F	%
Situação Financeira	Vida financeira boa / adequada	12	18,46

Fonte: Dados da Pesquisa

DISCUSSÃO

A categoria Cuidados com a Alimentação implicou diretamente na consciência dos idosos acerca dos cuidados e mudanças relativas à alimentação. De acordo com Ministério da Saúde (2009), a orientação nutricional deve ser um dos componentes da atenção à saúde desde o início da vida, uma vez que a alimentação saudável contribui para a promoção da saúde e também para a prevenção de doenças que possam vir com o passar dos anos. De acordo com o discurso dos participantes, é possível identificar que existe a compreensão por parte dos mesmos a respeito da relevância da alimentação para uma vida saudável, porém não é fácil essa mudança no estilo de vida, na medida em que aparece na fala dificuldades como retirar o sal.

No tocante a Assistência Médica e cuidados similares voltados à saúde, Amorim (2011) destaca que as mudanças de hábitos alimentares ocorrem, sobretudo em

decorrencia de recomendações de um profissional da área da saúde, principalmente depois de um diagnóstico. Seguir as orientações médicas é uma questão bastante presente nos discursos dos entrevistados, como meio de preservar a sua saúde. De acordo com (Vianna et al., 2011), a relação médico e idoso dar-se de forma vertical, em que os idosos sentem que precisam cumprir para seu próprio bem, agindo passiva e pacientemente em relação às mesmas. Eles adotam a internalização dessas ordens, norteados pelo precário conhecimento sobre seus direitos, crença no poder quase infalível do médico, confiança nas orientações provenientes do mesmo em relação aos cuidados prestados e atendimento das necessidades disciplinares da instituição hospitalar.

Tem sido proposto que a atividade física e exercícios físicos sejam um meio eficiente e de baixo custo para a prevenção dos déficits cognitivos vistos no processo de envelhecimento (Antunes et al 2010). Além disso, Segundo Castro (2011), amplia o tempo de vida saudável, de modo que se tenha “qualidade de vida” por um número maior de anos, evitando o agravamento de doenças, o seu sofrimento e retardando o tempo de sua dependência para terceiros na realização de suas necessidades básicas da vida diária. É possível identificar nas falas dos idosos que existe uma consciência da importância da atividade física para a manutenção da saúde, sendo esta a subcategoria mais frequente, além das questões relacionadas à atividade física.

Ao que concerne, a categoria intitulada bem estar, diz respeito às questões inerentes ao que consideram importante nessa fase, em que destacam os aspectos positivos para esse momento da vida. Pesquisa realizada por Silva e Menandro (2013) revela que os idosos consideram a saúde como sinônimo de alegria e bem-estar, e estando o idoso tranquilo, ativo e cercado de bons sentimentos, é o que os permite viver bem.

O Apoio Social representa os recursos disponibilizados por grupos e/ou pessoas com quem são mantidos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos (Amaral et al., 2013). O suporte fornecido pela família é o mais relatado pelos participantes. Pesquisa realizada por Cachioni e Batistonios (2012) revelam que momentos de felicidade relatados pelos idosos investigados estão relacionados ao contato familiar e às relações sociais; à autonomia e à capacidade para trabalhar, proporcionando sentimento de valor pessoal, autoestima e bem estar subjetivo.

De acordo com Belcker (1992, citado por Teixeira, 2008) a religião ocupa um importante espaço na vida das pessoas, e a religiosidade pode ajudá-las a encontrar o significado e a coerência no mundo. Estudos realizados trataram sobre a função da religiosidade e da crença espiritual no enfrentamento de doenças, e destacaram que a fé religiosa e a espiritualidade contribuíram de forma ativa na luta cognitiva de pacientes.

A ideia mais recorrente nas entrevistas no tocante à Autonomia Funcional vincula a compreensão da saúde a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade, bem como de executar os próprios desígnios. Segundo Caldas (2007), estas atividades se dividem em três eixos: atividades básicas da vida diária (tarefas próprias do autocuidado), atividades instrumentais da vida diária, significando indicativas para levar uma vida independente na comunidade (realizar tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro) e atividades avançadas da vida diária (trabalho, atividades de lazer, contatos sociais, exercícios físicos). Segundo Neri (2001), a dependência acentuada, associada à impossibilidade de realizar as atividades básicas de autocuidado é um fator comum, apesar de não ser universal na velhice, para ela, a incapacidade para o desempenho de atividades instrumentais de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional, já que os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação para

enfrentar perdas em funcionalidade. Assim de acordo com a fala dos entrevistados, essa é um importante indicador de estilo de vida saudável.

Uma boa situação financeira, representa para os idosos entrevistados a possibilidade de uma melhor qualidade de vida, uma vez que será essa situação que determinará as aquisições e possibilidades até mesmo de um melhor atendimento à saúde dos idosos, pois conforme citado por alguns, isso implica em “viver dignamente”. A questão econômica e de primordial importância para um envelhecimento bem sucedido. A aposentadoria, muitas vezes submete o aposentado a um desequilíbrio socioeconômico, causando-lhe dificuldade financeira, que por sua vez ocasiona dificuldades para um envelhecimento desejável.

Diante dos achados da pesquisa, foi possível identificar que para a amostra estudada, o estilo de vida saudável, está ligado não apenas às questões práticas reguladas pelos cuidados que os idosos devem ter como dieta ou atividade física, mas que a concepção sobre vida saudável, implica para os entrevistados em questões de ordem subjetiva, como bem estar, status funcional, apoio social, elementos que estão diretamente ligados à qualidade de vida dessa população, e que pode ser apontadas como necessidade, sob a ótica dos participantes.

REFERÊNCIAS

- Amaral, F. L. J. S. Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F. et al. (2013, jun.). Perfil do apoio social de idosos no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 22, 335-346.
- Araújo, M. C. (2008, dez.). A teoria das representações sociais e a pesquisa antropológica. *Revista Hospitalidade*, 2, 98-119.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M. W. (2010). Análise de conteúdo clássica: Uma revisão. In M.W. Bauer, G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático*. Petrópolis: Vozes.
- Brasil, IBGE. (2011). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2222&id_pagina=1>. Recuperado em: 21 de Novembro de 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde (1996). *Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Tradução: Luis Eduardo Fonseca. Brasília, DF.
- Castilho, A. R. F. (2010). *Envelhecimento activo/envelhecimento saudável: Opinião dos idosos do concelho de Viana do Castelo*. Tese de Doutorado. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima, Portugal.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). A Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state. *Journal Psychiatry Research*, 12, 189-98.
- Ministério da Saúde (2003). *Estatuto do idoso*. Brasília: DF.
- Moscovici, S. (2003). O fenômeno das representações sociais. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, M.A.C., & Egry, E.Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem*, 34, 9-15.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde* (S. Gontijo Trad.), Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Santos, S. S. C. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63, 1035-1039.
- Scliar, M. (2007) História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Silva, S. P. C. & Menandro, M. C. S. (2013). Representações de idosos sobre a vacina da gripe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2179-2188.
- Viana, L. A. C. (2011). *Processo saúde-doença - Módulo político gestor*. São Paulo: UNA-UNIFESP.

ADOÇÃO: UM ENCONTRO DE SIGNIFICADOS

Hívina Dias Luz 1, Daniele Plumeri Santin 1, Ricardo Rentes 2 e Danuta Medeiros ✉ 3

1- Universidade São Marcos, Brasil; 2- Universidade de São Paulo, Brasil; 3- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

Ao abordarmos o tema adoção, podemos traçar diversos caminhos de estudo e pesquisa. Objetivando conhecer como surgiu a idéia da adoção e visando compreender o contexto em que este ato estava inserido em um casal, o presente estudo buscou investigar as motivações e desejos de um casal, ao optar pela adoção tardia de uma criança. Além de compreender diferenças e igualdades em adoção de crianças mais novas e mais velhas e como uma família adotante se prepara para a chegada de uma criança adotiva com mais de 3 anos.

A palavra adoção vem do latim “*adoptare*” que significa escolher, partilhar, dar o seu nome a, optar, ajuntar, desejar e o ato de adotar é uma oportunidade conferida às pessoas que não tiveram a oportunidade de ter filhos biológicos, de exercer o papel da maternidade e paternidade, garantindo às crianças que na sua família de origem não tiveram por algum motivo, a oportunidade de serem cuidadas. Segundo as leis brasileiras, a adoção deve priorizar as reais necessidades, interesses e direitos da criança e do adolescente. São transferidos aos pais adotivos todos os deveres e direitos dos pais biológicos e conferindo também para crianças e adolescentes todos os direitos e deveres de filho (Ferreira, Ghirardi, 2008).

Sob a perspectiva psicanalítica de Winnicott (Dias, 2003) sabe-se que a criança existe psicologicamente, antes mesmo de ser concebida, que gera expectativas, desejos, medos e uma mistura de sentimentos e emoções que tocam os pais. Partindo desse olhar, como se dá este processo em um casal que adotará uma criança? Como estes pais se preparam para receber esta criança? E ainda, quais são as motivações deste casal, e o quanto estas motivações estão ligadas ao desenvolvimento emocional e afetivo futuro deste novo membro familiar?

Para Freud ([1914] 1969), os afetos dirigidos à criança são uma reprodução do narcisismo vivido pelos pais na infância. Durante a infância, direcionamos os afetos e energia psíquica para o nosso próprio ego. Este processo é um mecanismo de defesa frente às frustrações que a realidade e o mundo exterior geram. Com o desenvolvimento, a energia psíquica passa a ser dirigida ao mundo externo, e há então, uma “perda narcísica”.

✉ - Danuta Medeiros, Alameda Barros, 66, apto 77, Santa Cecília – São Paulo /SP, Brasil, CEP 01232-000, Email: danutamedeiros@gmail.com

A maternidade é a possibilidade de reviver este narcisismo infantil. Sendo assim, toda a atenção e cuidado são dirigidos à criança, nomeada por Freud de “Sua Majestade o Bebê”. Nesta fase, os pais abdicam da própria vontade, e colocam a criança como centro de sua vida. Sobre isso, Freud ([1914] 1969) afirma: “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetual, inequivocadamente revela sua natureza anterior” (p. 98).

O bebê é dependente da mãe, precisa de cuidados físicos e também de um suporte emocional e afetivo para se desenvolver. O que permite este desenvolvimento da criança é um estado especial da mãe, um estado psicológico denominado por Winnicott (Dias, 2003) de Preocupação Materna Primária. Este estado de “adoecimento normal” é de sensibilidade exarcebada, onde a mãe está atenta a todas as necessidades do bebê. A mãe coloca-se à disposição deste bebê, e supre as suas necessidades físicas, corporais, a princípio. Através destas atitudes, o bebê começa a identificar todo o cuidado dispensado pela mãe. Segundo a teoria psicanalítica de Winnicott, à medida do seu desenvolvimento, estas necessidades incorporam também, necessidades do ego, no que condiz ao psiquismo da criança. A Preocupação Materna Primária ocorre desde a gravidez, permanece por algumas semanas após o nascimento da criança e dificilmente as mães lembram-se desse estado quando ele termina. Há uma adaptação absoluta da mãe às necessidades do bebê, que como pessoa total se devota a ele, tem sua sensibilidade aumentada. Neste processo, há uma regressão parcial da mãe, que se identifica com o bebê. O que a orienta é a sua própria experiência de ter sido um bebê e de ter sido cuidada, pois há suas memórias corporais de conforto, segurança e intimidade. E no mesmo tempo que regride, conserva seu lugar de adulta, o que a torna apta para cuidar dele. Este estado da mãe proporciona um contexto para o desenvolvimento do bebê, permitindo o desdobramento de movimentos espontâneos da criança, o que é fundamental para a constituição do ego deste bebê, o que mediará suas relações com o mundo externo. Sobre a importância da Preocupação Materna Primária, Winnicott (2000) diz: “Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exarcebada, quase uma doença, e recuperar-se dele” (p.401).

Winnicott (Dias, 2003) também teoriza que nem todas as mulheres que geram uma criança conseguem desenvolver a Preocupação Materna Primária. A mãe da criança tem um potencial natural para isso e é pessoa mais adequada para cuidar do bebê, já que é capaz de atingir o estágio da Preocupação Materna Primária sem ficar doente. Algumas mães desenvolvem para um filho, e para o outro não. Buscamos entender esta complexa relação, no que condiz à adoção. Segundo Casanova e Souza (2011), “adotar é dar a alguém a oportunidade de crescer. Crescer por dentro. Crescer para a vida. É inserir uma criança em uma família, de forma definitiva e com todos os vínculos próprios da filiação. É uma decisão para a vida” (p. 14).

Pensando na questão da adoção, buscamos entender como se dá este processo na mãe, ou cuidador, que adota. Como ela desenvolve este “adoecimento normal”, e por que este processo é tão fundamental para o desenvolvimento da criança. Outra questão importante em relação à adoção é a idade da criança na época da adoção. Para Bowlby (2006), é importante que o bebê seja adotado logo após seu nascimento, pois caso ele continue com a sua mãe biológica, que já tenha decidido doá-lo, é possível que ela o rejeite e negligencie, e se for colocado em um abrigo, por exemplo, seu desenvolvimento poderá ser comprometido. “Quanto mais nova a criança, mais a sentirão como sendo deles e mais fácil lhes será identificar-se com sua personalidade.

Desta maneira, existirão melhores condições para que se desenvolvam relações favoráveis” (Bowlby, 2006, p.117).

Alguns autores relatam as dificuldades na adoção de uma criança que não é recém-nascida, que já tem mais idade. Brodzinsky e Vargas (2007, cit. in Costa, & Rossetti-Ferreira, 2007) relatam em suas pesquisas que os pais precisam ser preparados para lidar com as crianças adotadas tardiamente, pois estas testam sua aceitação. A vinda de um novo sujeito provoca mudança em todo o contexto familiar, na rotina, na casa, nas concepções de o que é ser mãe e pai. A família adotiva precisa reorganizar seus papéis, e lidar no dia-a-dia com estas mudanças. Ainda sobre as dificuldades da adoção tardia, Costa e Rossetti-Ferreira (2007) descrevem que quanto maior a idade da criança, mais ativa se torna sua postura na relação com os pais adotivos, de forma a exigir um maior manejo para vincular-se:

Essa parece ser uma das dificuldades da adoção tardia: estabelecer uma relação de maternidade, de paternidade e de amor com crianças mais velhas. Pode-se pensar que nossos modos culturais de vivência de maternidade não favorecem muito isso, pois estamos acostumados a nos tornar pais e mães de bebês, prioritariamente. Além disso, outras questões merecem ser consideradas como a incompletude maturacional do bebê humano que ao exigir cuidados para a sua sobrevivência, favorece uma rápida vinculação afetiva; ou ainda que, na adoção tardia, as crianças negociam também a afetividade e a construção de seu amor filial, posicionando-se nas relações de modo mais ativo que um bebê. A habilidade do uso da linguagem, a história pregressa vivida, mostram um outro ser que não é tão incompleto, exigindo diferentes modos de vincular-se afetivamente (Costa, & Rossetti-Ferreira, 2007, p. 431).

O contexto envolvendo o processo adotivo é fundamental para entendermos os desdobramentos futuros dessa relação construída. Adotar envolve conviver com uma criança, um “outro”. Outro este que possui uma história prévia, que já foi nomeado, fantasiado. E essa história deverá se encontrar com a história de um casal. Nosso estudo busca entender, compreender e vivenciar este contexto, no que se refere à história de quem adota, traçando paralelos com os teóricos e outros estudos na mesma temática.

Segundo os dados estatísticos do Cadastro Nacional de Adoção, fornecidos em agosto de 2010, atualmente existem 5.369 crianças e adolescentes no Brasil a espera de uma adoção e o número de pretendentes na fila, aguardando por uma criança soma 28.988. Em um primeiro momento, os números têm um parecer positivo, afinal todas as crianças poderiam ser adotadas. Entretanto, dentre este grupo de pretendentes, 87,69% desejam adotar crianças de até três anos de idade. Esta condição imposta, não atende à demanda de pretendentes na fila. Em uma realidade bastante alarmante, muitas crianças e adolescentes permanecerão em Instituições de Acolhimento sem perspectivas de serem adotadas e terão que aguardar até completarem dezoito anos de idade e buscarem outra forma de vida para além do abrigo. Hoje a adoção parece estar longe de ser uma das soluções para o problema das crianças e adolescentes institucionalizados.

A grande maioria da população da fila deseja uma criança mais nova. Sabe-se, conforme já mencionado, que há uma maior facilidade de vínculo quanto menor for a criança, principalmente pela questão dos cuidados corporais, que tem um importante papel na relação mãe-bebê. Em contrapartida, quais as motivações destes pretendentes na fila, que são minoria? Ou seja, que optaram pela adoção tardia. Quais motivações os fizeram optar por este público que não é o foco da maioria da população. O histórico de bebês abandonados tem estado em todas as civilizações. A primeira regulamentação escrita está no Código Babilônico de Hamurábi, que dava garantia aos pais que adotavam, para que os pais biológicos não reivindicassem seus filhos de volta. O

abandono também está presente na cultura judaica. A Bíblia relata a história de Moisés, que é abandonado pela mãe hebreia, para não ser morto. Moisés é encontrado pela filha do Faraó, que o cria. Durante o período da Grécia Antiga e Clássica era comum abandonar bebês; de 20 a 40% das crianças eram abandonadas, por famílias ricas e pobres. O poder dos pais sobre os filhos era absoluto. Era-lhe permitido matar, vender ou expor os filhos recém-nascidos. Muitas crianças no futuro se tornavam prostitutas, mendigos e gladiadores. A deformação de um filho permitia que os pais abandonassem ou decretassem sua morte. Também era comum que os pais que abandonavam seus filhos deixavam sinais em seus corpos para que se um dia quisessem reavê-los poderiam reconhecê-los (Marcílio, 2006).

Apenas em Roma a adoção foi regularizada. Os casais que não podiam ter filhos eram aconselhados a adotar, com o objetivo de perpetuar o nome da família. A criança adotada era vista como membro real da família. Com a queda do Império Romano, iniciou-se a Idade Média. Nesta época há o domínio dos ideais religiosos, que também expressam seus preceitos para o abandono (Marcílio, 2006).

As crianças abandonadas, em sua minoria, eram adotadas por famílias abastadas. Outras eram adotadas por famílias pobres, porém em sua maioria, estes pequenos seres eram vendidos como servos ou escravos. Muitas crianças eram abandonadas em mosteiros, e ficava a cargo desta instituição a sua criação. Nesta época a Igreja assumiu a responsabilidade pelas crianças abandonadas. O infanticídio passou a ser condenado, porém o abandono não. “Entre os séculos V e X, a Igreja teve importante papel na recepção e na distribuição de bebês abandonados” (Marcílio, 2006, p. 33).

O abandono era tolerado porque abria a possibilidade de se fazer caridade, de demonstrar o amor ao próximo, e exercitar aquilo que era defendido pelas igrejas e dava status frente à sociedade. Com estes ideais difundidos, a partir do século XI, a assistência social torna-se uma prática. Cria-se pequenos hospitais para assistirem doentes, peregrinos, e as crianças abandonadas. A prática era bem vista socialmente, e houve um crescimento na criação destas instituições. Apesar de no século XIII estas instituições saírem da gerência da igreja, sendo dirigidas pelos municípios, a Igreja continuava a influenciar seus preceitos e administração (Marcílio, 2006).

A Roda dos Expostos teve seu início no começo do século XIII, um dispositivo de madeira onde se colocava bebês. Havia um sino, tocado no momento do abandono, e então, na parte interna da instituição, a roda era girada e a criança recolhida. Este mecanismo permitia preservar a identidade de quem abandonava (Marcílio, 2006).

Olhando para o cenário brasileiro, a prática do abandono de crianças foi herdada dos brancos, com a colonização. Marcílio (2006) divide a história brasileira, sob o aspecto do abandono, em três fases: caritativa, filantrópica e o estado do bem-estar social. A fase caritativa durou do período colonial até o século XIX. De forma assistencialista, os ricos procuravam diminuir o sofrimento dos enjeitados através de caridade e esmolas. As Câmaras Municipais eram as responsáveis pela criação de serviços, em favor das crianças abandonadas. Isso era feito através de convênios com as Casas e Rodas dos Expostos, e Casas de Misericórdia, que durante o Império perderam sua autonomia e ficaram sob o controle do Estado. Prevalencia um sistema informal para a adoção (Marcílio, 2006). A fase filantrópica durou de meados do século XIX a meados do século XX. Nesta fase, as Casas de Misericórdia se transformaram em Institutos de proteção à infância, a serviço do poder público (Marcílio, 2006).

O Estado só assumiu a responsabilidade pelo cuidado da criança abandonada no final da década de 60, quando o Estado do Bem-Estar Social é inaugurado. O Estado, no período da ditadura Militar, em 1964, criou a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem). Em 1979, o governo, sob pressão das Organizações Não-

Governamentais, e a Declaração Universal dos Direitos da Criança, cria o Estatuto do Menor, que passa a defender o direito de todas as crianças. Mais tarde, no ano de 1990, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente (Marcílio, 2006). Após a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e sua reformulação em 2009, o olhar sobre a criança abandonada se modificou. O Artigo 19 diz: “Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes” (Brasil, 1990).

Há o reconhecimento de que o crescimento na família biológica é essencial ao desenvolvimento da criança, pois somente em caráter de exceção, quando o ambiente não é favorável, esta criança deve ser dirigida a uma família substituta ou adotiva. Antes do ECA o foco estava nas necessidades dos pais, como se a criança não tivesse a possibilidade de escolha. Os pais podiam “aprovar” ou não tal criança, porém a criança não era ouvida sobre quem a iria adotar. O ECA propôs mudança nesta prática. O artigo 43 dispõe que a adoção só poderá acontecer quando dispuser de vantagens para o adotando, e fundar-se em motivos legítimos. Ou seja, além do bem-estar da criança estar no foco, os pais precisarão comprovar isso, em todo o processo jurídico da adoção. Há também, no Artigo 20, a garantia de que esta criança adotada terá os mesmos direitos de um filho legítimo, proibindo qualquer discriminação (Brasil, 1990). Através do percurso histórico vimos que a criança abandonada passou de um estado de invisibilidade, onde eram escondidas e esquecidas nas instituições, para um estado de maior respeito. Para a adoção realmente se concretizar, a idéia de adotar uma criança tem que sobreviver a muitas provas e desafios. A avaliação dos futuros pais, sobre seus reais desejos também é fundamental para que um lar seja construído de forma harmoniosa.

Há alguns procedimentos práticos para se adotar uma criança. No Brasil, os interessados devem ser maiores de 21 anos e terem uma diferença de 16 anos em relação ao adotando. Para a inscrição devem se dirigir ao Fórum de sua região levando documentos pessoais e comprovante de residência. Devem então, preencher um requerimento que solicita sua inclusão no cadastro do banco de adoção. Este requerimento é encaminhado ao cartório, é autuado e recebe numeração, dada de acordo com a ordem cronológica crescente, por ordem de chegada. Depois disso, os pretendentes são encaminhados ao setor técnico, para entrevista com psicólogos e assistentes sociais. Nesta sondagem os aspectos morais, sociais e afetivos são avaliados, e as condições para a adoção são investigadas. Com os relatórios destes profissionais, os autos são encaminhados à Curadoria da Infância e Juventude, que deverá emitir um parecer. Após este parecer, haverá a decisão judicial sobre a inclusão ou não dos pretendentes no cadastro da adoção. Deferida a inclusão no cadastro, os pretendentes devem aguardar o contato do Fórum, para conhecerem alguma criança.

Os técnicos judiciais têm o objetivo de procurar no cadastro de adoção uma criança que atenda ao perfil preenchido pelos pais solicitantes, respeitando a ordem de inscrição. Quando esta criança é encontrada, há o contato com os pretendentes. Os técnicos passam algumas informações da criança, e os pretendentes decidem se querem conhecê-la. Caso haja resposta afirmativa, um primeiro contato é agendado, respeitando as condições da criança, no que condiz a uma aproximação gradativa. Após este momento, os pretendentes e a criança entram no Estágio de Convivência, que “é o período em que a criança com poder familiar destituído será colocada em contato com os pretendentes à sua adoção para se conhecerem e sentirem a possibilidade de uma aproximação satisfatória para ambos” (Casanova, & Souza, 2011, p. 103) e detém a guarda provisória. No caso de bebês, pode ocorrer a dispensa de uma convivência

prolongada, entretanto, a duração deste período varia de acordo com a demonstração de aproximação entre criança e pais adotivos. Este período é de convivência domiciliar, para a constituição de um novo ambiente familiar e não possui tempo determinado. A sentença de adoção pode ser dada em até um ano do início da guarda provisória.

A adoção oferece a possibilidade de um lar permanente à criança, que inserida em uma família possui condições para se desenvolver com segurança e equilíbrio. Este ter um “lar”, sob o ponto de vista de Levinzon (2009), promove um ambiente mais favorável que o ambiente institucionalizado, pois apenas a satisfação das necessidades biológicas não garante o desenvolvimento. A criação de um laço de afeto entre pais adotivos e criança é essencial, pois o cuidado físico isoladamente não produz um ambiente facilitador. A teoria psicanalítica afirma que os primeiros anos de vida do bebê são decisivos para um desenvolvimento psíquico saudável. O laço que se estabelecerá durante a convivência entre o adotante e o adotado será extremamente importante para compreender as vicissitudes da adoção, seja qual for a história anterior desta criança. De acordo com Paiva (2008) para Anna Freud: “Os primeiros anos de vida são como os primeiros lances de uma partida de xadrez: dão a orientação e o estilo de toda a partida, mas enquanto não vem o xeque-mate, ainda não há belas jogadas a serem feitas” (p.24).

Os anos anteriores nunca serão apagados, são os primeiros lances, apresentam o sujeito ao mundo. Porém, pais adotivos podem dar outros sentidos e contornos ao que foi vivido se oferecerem belos xeque-mates. A criança pode ter tido alguma privação ambiental que pode comprometer seu desenvolvimento. Neste caso, é importante que os pais adotivos saibam que terão que exercer uma papel além do manejo comum, um papel de “terapeutas de uma criança carente” (Levinzon, 2009, p. 23), que exige maior persistência e cuidados. Por estas questões, é necessário investigar o desejo destes pais ao adotar. A disponibilidade interna para o estabelecimento de um vínculo parental precisa estar presente. “A função que uma criança tem para uma família determina inúmeras vezes estereótipos e caminhos traçados inconscientemente que podem representar posteriormente um fardo para a criança e para a família de modo geral” (Levinzon, 2009, p.16).

Falar sobre o desejo de ser pai ou mãe é falar sobre a história pessoal de cada sujeito. Segundo Peiter (2011), o desejo de ter filhos é antigo na história pessoal de cada indivíduo. Há a possibilidade de inconscientemente resgatar o narcisismo perdido na saída do conflito edípico, e desta forma aplacar a angústia de separação do elo mãe-bebê, pela presença de um terceiro, que castra esta relação. A relação que antes era entre mãe (ou cuidador) e bebê passa a ter um terceiro, que pode ser representado pelo pai, pelo trabalho do cuidador, ou algo que desvie a atenção deste cuidador, que ocupe o seu tempo e disposição. A entrada deste terceiro ameaça, sob o ponto de vista da criança, sua onipotência e “reinado”, pois este castra, interfere nas relações da criança. Então, sua energia psíquica passa a ser dirigida ao outro, ao ambiente, e não mais ao seu próprio ego. Esta perda narcísica seria lembrada, trazida à tona, e superada, através do desejo de ter filhos.

Falando sobre o desejo de filiação, Mattei (1997, cit. in Levinzon, 2009) afirma:

...toda filiação é, antes de tudo, uma adoção. A história em comum, o jogo de identificações entre pais e filhos, as alegrias e os desafios, os medos e os ódios momentâneos, tudo isto faz parte do intrincado processo de ser pai e mãe. O desejo de um filho surge no quadro da evolução normal do processo edipiano, no qual há a identificação com o genitor do mesmo sexo, por meio da possibilidade de exercer um papel similar ao dele, escolhendo e investido o filho como objeto de amor. A construção imaginária do filho baseia-se na possibilidade de compartilhar

com ele as recordações do passado, os desejos do presente e as expectativas para o futuro (p.17).

Existem diversas motivações para se adotar uma criança, como por exemplo: o desejo de ter um filho quando já se passou da idade e isso não é biologicamente possível, a esterilidade ou infertilidade de um ou ambos os pais, o desejo de ter um filho em uma pessoa que não possui um parceiro afetivo, casais homoafetivos, a morte anterior de um filho, o fato de querer ter um filho sem passar pelo processo de gestação, e até por motivos estéticos. Entretanto, é importante que a adoção não esteja vinculada somente a um sentimento de caridade, de ajudar ou salvar uma criança abandonada pelos pais. Nestes casos, caso a adoção aconteça, os pais poderão ser enxergados pelo filho adotivo como benfeitores, alguém que ele deve gratidão por toda a sua vida. Este sentimento pode impedir desta criança vivenciar com plenitude seu papel de filho, pois haverá um receio em exprimir sua agressividade, seus sentimentos reais, que lhe trazem culpa e também a dúvida de aceitação como parte da família. Portanto, é necessária a presença do desejo de se ter um filho. Todos estes sentimentos nem sempre estão claros para os adotantes, por isso antes da decisão é importante que os desejos e as expectativas sejam elaborados e amadurecidos pelos futuros pais, pois esta não é uma decisão fácil, quem deseja adotar tem medos e incertezas.

Os sentimentos dos pretendentes são diversos. Além da natural ansiedade pela espera do filho, existe a vontade de acertar, de ter êxito e, por outro lado, há incertezas e desconfianças. É realmente uma experiência complexa, um caminho árduo para ser percorrido, um treino de paciência, obstáculos pessoais e sociais para vencer, tal qual é para todos os tipos de pais (Casanova, & Souza, 2011, p.16).

Para Paiva (2008) antes que a adoção aconteça é importante que seja realizado um trabalho com os pretendentes, dando ênfase à escuta daqueles que poderão ou não se tornar “verdadeiros” pais. Outra questão é o tempo de espera pela adoção. Em alguns casos, os pretendentes esperam por um longo período até a apresentação de uma criança. Isso pode causar extrema ansiedade, e por vezes, frustração. Dolto (1998b) fala sobre os danos que um longo processo de espera pode acarretar:

(...) deploro a lei da adoção, que impõe um certo tempo – às vezes meses – antes de se dar uma criança em adoção aos pais. Deploro também a manipulação de seu desejo de criança, que se produz por demasiado tempo no decorrer das entrevistas com os pais que desejam adotar (p.240).

Outro autor que defende a rapidez no processo é Winnicott (2008):

(....) reprovo extremamente a legislação e os hábitos de adoção que envolvem atrasos, adiamentos, além disso, eu acho que se os primeiros dias e semanas do bebê foram perturbados, um bebê necessariamente será uma carga, e os pais adotivos devem ser inteiramente informados. Isso explica por que as adoções arranjadas de maneira informal (por médicos, por exemplo) frequentemente dão certo (p. 116).

Winnicott (2008) ainda defende que a adoção arranjada possibilita o conhecimento da história do bebê, fato que favorecerá aos pais. Esta é uma questão complexa. Há que se fazer um interjogo entre o desejo dos pais, e as necessidades da criança, que estão em primeiro lugar. O processo burocrático pode atrasar o início de uma nova relação entre pais e filho, porém é um procedimento muitas vezes necessário, que visa a proteção da criança, que tem o seu futuro em um novo lar definido pelo poder público.

Assim como os pais biológicos não sabem como seu filho nascerá, ou seja, suas características físicas, com quem ele será parecido, e outras coisas, para os pais adotivos também existe esta expectativa. Em ambos os casos há a fantasia de como este filho será, há o desejo de conhecer este novo ser, que antes de existir concretamente, existe no

imaginário. Dolto (1998a) mostra através de suas experiências, que quando a criança adotada expressa sentimentos de rejeição, conflitos ou sintomas em geral, isso está muito mais relacionado com a família adotiva e com a forma com que lhe falaram sobre a adoção e a respeito de seus pais de origem, do que com o fato de ter sido adotada.

Para pais de filhos biológicos existe uma expectativa em torno do bebê, que crescerá sob os cuidados e atenção necessária para garantir um desenvolvimento normal e uma vida feliz. Entretanto, isso nem sempre acontece, os pais erram, acertam e os filhos crescem. Quando alguém decide adotar, este sentimento permeia essa relação, há vontade de cuidar, contornar, e gerar simbolicamente essa criança. Muitas famílias pretendentes a adoção acreditam que há maiores chances disso acontecer quanto menor for a criança. Isso porque o “cuidar” de um bebê, está ligado ao desejo dos pais adotivos em poder se assegurar que a criança se identificará com eles.

A chegada do filho, carregada de expectativas, traz consigo um período sensível de adaptação e de busca de sintonia entre a criança e seus pais, que as vezes é especificamente delicado em função das condições anteriores a criança adotada (Levinzon, 2009, p.44).

Verificamos isso ao olharmos o Cadastro Nacional de Adoção, exposto na Introdução, onde há muitos pretendentes aguardando na fila por uma criança menor de três anos, enquanto existem em abrigos outras muitas crianças à espera de um lar. A adoção é considerada tardia quando a criança a ser adotada tiver mais de três anos (Levinzon, 2009). Tais crianças ou foram abandonadas tardiamente pelas mães, que, por circunstâncias pessoais ou socioeconômicas, não puderam continuar se encarregando delas ou foram retiradas dos pais pelo Poder Judiciário, que os julgou Estado desde muito pequenas em “orfanatos”, que na realidade abrigam uma minoria de órfãos (Vargas, 2006).

Em torno da adoção tardia existem muitos dilemas vividos pelos futuros pais, desde a história anterior do adotado até a forma de lidar com possíveis questões que aparecerão durante o período de convivência. Uma questão comum no início da adoção é quando o adotando como forma de questionar o amor materno e/ou paterno testa os limites de aceitação destes pais. Há a busca de um limite, uma lei, porém de um contorno que exala desejo e afetividade. Os pais nem sempre estão preparados para estes testes, pois a agressividade e a rebeldia se confrontam com o filho idealizado. Caso os pais não compreendam este movimento, pode ser que eles não sobrevivam a este processo de adoção.

O objetivo do trabalho profilático com os pais, como a participação em grupos de adotantes, que normalmente é indicado pela equipe técnica do Fórum, consiste em diminuir ao máximo as chances desta criança ou adolescente sofrer novamente uma rejeição. Nestes grupos há abertura para que os pais expressem suas dúvidas, angústias e também para que conversem com pessoas que já passaram pelo processo de adoção. Segundo Winnicott (2006), a história da adoção, quando transcorre bem, é uma história humana comum em suas infinitas vicissitudes, apresentando crises e angústias. Portanto, como afirma Paiva (2008), maus pais adotivos também seriam maus pais biológicos. Para Dolto (1998a) adotar uma criança significa, antes de tudo, torná-la feliz como ela mesma tem vontade de ser. Ao assumirmos um filho, não é para que ele dê amor, ou suporte o nosso, é para que uma relação de filiação brote, com suas raízes já postas, mas novas folhagens e flores.

O objetivo deste trabalho é estudar o tema adoção, investigando o surgimento do vínculo entre pais adotivos e criança

MÉTODO

Participantes

O estudo baseou-se no método qualitativo através de um estudo de caso.

Material

Utilizamos para a coleta de dados entrevista semi-estruturada com um casal em processo para uma adoção tardia.

Procedimento

Apenas o homem foi entrevistado, por questão da disponibilidade de tempo da esposa. O entrevistado participou do estudo após ser esclarecida a necessidade da gravação de áudio e também sobre o sigilo de sua identidade. Na transcrição da entrevista e no decorrer deste artigo, os nomes verdadeiros foram modificados por nomes fictícios, para preservar suas identidades. A entrevista teve duração de 55 minutos e o local foi definido pelo entrevistado, no intuito de deixá-lo confortável para responder às questões e também para garantir a privacidade e confidencialidade das informações.

Após os dados colhidos na entrevista, foi feita uma análise dos conteúdos, baseada nas teorias dos autores citados na bibliografia, principalmente Winnicott. A entrevista, assim como todo este trabalho, foi pautado dentro das prescrições do Código de Ética Profissional do Psicólogo, conforme Resolução CFP 010/2005.

RESULTADOS

Em meados de 2010, Marcos trabalhava e morava com sua esposa Suzana e seu filho Caio em uma pequena cidade do estado do Rio Grande do Sul, quando sua esposa grávida de dois meses sofreu um aborto espontâneo. Após o aborto Suzana precisou passar pelo procedimento médico de curetagem, onde quase veio a falecer. O casal tinha um grande desejo em ter o segundo filho, mas o susto que eles passaram com Suzana, fez com que dois decidissem não arriscar uma nova gravidez e optarem por uma adoção. O casal preencheu seus dados para entrar na fila e no próprio Fórum da cidade avisaram que o processo poderia levar alguns anos, que provavelmente eles adotariam a criança por volta do ano de 2013.

No início de 2011, Marcos mudou com a sua família para São Paulo onde recebeu uma proposta de trabalho, e assim que chegou a São Paulo recebeu um telefonema do Fórum da cidade em que morava, informando que havia um casal de irmãos para adoção, o menino com dois anos e a menina com sete anos. Em um feriado de junho eles foram para o Sul conhecê-los, fizeram uma viagem em família para uma praia em Florianópolis. Até o momento da entrevista este foi o primeiro contato que eles tiveram com as crianças, e pelo o que Marcos nos informou, o segundo encontro já seria a adoção. E assim começa a história de Marcos e a adoção de dois irmãos.

Marcos relatou que inicialmente, ele e a esposa, se inscreveram no processo de adoção e optaram por uma criança com até três anos de idade. Nesta primeira etapa do preenchimento do perfil da criança, Marcos não fez restrições quanto à cor da pele ou outras questões, pois para Marcos isto era indiferente. Também optou pela não separação de irmãos. A única restrição foi a idade, que é algo recorrente no cadastro de adoção, como está demonstrado nas pesquisas citadas na Introdução deste trabalho. Após a conclusão do cadastro, lhe foi informado que o processo poderia demorar, e a adoção acontecer por volta de 2013. E para a sua surpresa, em menos de um ano, ele e sua esposa, foram chamados para conhecer não uma, mas duas crianças, que eram irmãos. Marcos se refere a estas crianças, no decorrer da entrevista, chamando-os de menino e menina.

É importante ressaltar que questões burocráticas permeiam o processo de adoção. Marcos entregou toda a documentação exigida, e se sentiu até invadido diante da quantidade de informações necessárias. Como o cadastro foi feito na região Sul, e ele reside atualmente em São Paulo, o Fórum informou que precisaria transferir o processo para a atual cidade. No momento da entrevista, o processo estava desaparecido, com toda a sua documentação original. Marcos estava ligado insistentemente nos Fóruns, sem retorno. Ele relatou que se sentiu desgastado diante destes impasses, entretanto, acredita com firmeza, que as crianças estarão com ele em poucos meses.

O processo de adoção das crianças, sob orientação do Fórum, providenciou apenas um encontro entre as crianças e a família adotiva. Marcos não teve contato com os funcionários do abrigo onde as crianças estão, e não possui nenhuma informação sobre o dia-a-dia delas com aqueles que lá vivem. Há a dificuldade da distância, visto que elas moram em outra cidade, porém este é um dado importante. Este pouco contato prévio pode prejudicar a criação do vínculo com os pais, pois não há uma experimentação do que virá, o contato não é gradual. Quando a adoção acontecer pode haver maiores entraves, visto que a convivência inicial pode não ter sido suficiente.

Marcos atua profissionalmente na área de logística, especificamente como coordenador de qualidade. Ele se denomina uma pessoa organizada, que planeja, que pensa “lá na frente”. Percebemos que a rapidez do processo não estava em seus planos, e a presença de uma segunda criança, também não, apesar de isto não ter sido apontado como uma restrição. Marcos relatou que o seu desejo e o da esposa era ter apenas dois filhos, inicialmente biológicos. A vinda deste terceiro filho o deixou preocupado, e ele justifica pela questão financeira, pela estrutura da casa, e também pela idade desta terceira criança.

Outra questão investigada foi a motivação de Marcos e sua esposa para a adoção. Percebemos que há a necessidade de preencher um espaço, que seria ocupado pelo filho que não pode nascer. A decisão da adoção foi tomada após uma semana da perda da gestação. Segundo Freud:

Em primeiro lugar, se a teoria psicanalítica está certa ao sustentar que todo afeto pertencente a um impulso emocional, qualquer que seja a sua espécie, transforma-se, se reprimido, em ansiedade, então, entre os exemplos de coisas assustadoras deve haver uma categoria em que o elemento que amedronta pode mostrar algo reprimido que retorna. Essa categoria de coisas assustadoras consistiria, então, o estranho: e deve ser indiferente, a questão de saber se o que é estranho era, em si, originalmente assustador ou se trazia algum outro afeto (Freud, 2006, p.258).

A ansiedade trazida pelo impulso emocional reprimido, impulso este representado pela impossibilidade de geração do filho biológico, transforma-se na ação de entrar na fila da adoção. Este movimento, inconsciente, foi rápido, na intenção de reinvestir o afeto perdido em algo novo. A morte do filho reprimida retorna no filho adotivo. Marcos relatou que sua esposa quase faleceu com o aborto, e por isso, eles optaram por não terem outro filho biológico, já que ele considera sua esposa fisicamente frágil. Esta fragilidade não é, aparentemente, só física. Analisando o relato de Marcos, percebemos que há a preocupação com o cuidado que esta esposa dirigirá às crianças. A sensação que tivemos pelo discurso de Marcos é que há dúvidas desta esposa sobre o processo de adoção, sobre conseguir ser mãe, e isso foi potencializado pela questão de existirem três crianças. Sobre as mães adotivas, Winnicott (2000) diz: “Já a mãe adotiva, ou qualquer outra mulher capaz de ficar doente no sentido da ‘preocupação materna primária’, estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida da sua capacidade de identificar-se com o bebê” (p. 404).

A pessoa mais indicada para cuidar do bebê é a própria mãe. Entretanto, a teoria winnicottiana abre para a possibilidade de qualquer outra mulher, ou cuidador, desenvolver a maternidade, através do desenvolvimento da Preocupação Materna Primária, e da sua recuperação deste estado. É extremamente importante, que Suzana, apoiada por Marcos, consiga identificar-se com estas crianças, vendo-as como suas, para que se apresente a necessidade de cuidar.

Há também a preocupação com o histórico anterior da menina, que já possui sete anos de idade. Suas vivências e seu passado se confrontam com a personalidade de controle que Marcos demonstra, pois, o passado representa o desconhecido, o incontrolável, aquilo que pode não ser compreendido, e aquilo que não pode ser apagado. A percepção que tivemos é que Marcos fala bastante sobre a vinda de um novo menino com mais tranquilidade, talvez por estar mais habituado com o desenvolvimento de um filho, já que passou por isso com Caio. Ter uma menina é algo novo. E uma menina com uma idade maior e, portanto, um histórico maior e com outras necessidades, é um desafio para Marcos.

Perguntamos sobre a estrutura da casa, que Marcos considera importante, e ele relatou que num primeiro momento, Caio permanecerá em seu quarto, e as novas crianças ficarão juntas em outro. Num primeiro momento, poderíamos considerar esta atitude discriminatória, de separação entre o filho adotivo e o biológico. Entretanto, percebemos que após o relato do apego do menino à menina, Marcos demonstra preocupação e cuidado com estas novas crianças. Parece que o vínculo entre os irmãos é muito forte, e a separação poderia ser um movimento de violência. No decorrer, o pai aponta que melhor seria meninos num quarto e a menina em outro, e isso pode acontecer no futuro. Notamos que esse pai demonstrou sensibilidade ao que foi mostrado na viagem que fizeram juntos, e este movimento de percepção do outro precisa ser contínuo na convivência de pais e filhos.

Durante a entrevista, questionamos Marcos sobre como ele imagina esta nova família, e também, como lidar com estas diferenças. Marcos responde que terá que aprender, que fará tentativas, que envolverá concessões, e em suas próprias palavras, “nós vamos aprender muito mais com eles do que eles com a gente, pelo menos nos primeiros anos”. Há nesta fala a abertura para a integração com o outro, há disponibilidade para aceitação, e o desejo de formação de uma família onde os membros pertencem uns aos outros.

Ao meu ver, o grande desafio da família adotiva encontra-se na aquisição e fortalecimento do sentimento de filiação. Não tendo um vínculo de sangue, muitas vezes há um sentimento de que o elo familiar não é sólido de fato. Frequentemente há, nos bastidores do relacionamento, fantasias secretas de que a criança poderá ser “devolvida” ou novamente abandonada, ou ainda de que o amor não sobreviverá aos dissabores. O sentimento de pertinência, no qual tanto a criança quanto os pais sentem que pertencem uns aos outros, necessita ser construído (Levinzon, 2009, p.132).

Outro ponto da entrevista que nos chamou a atenção foi a mudança de nome das crianças, que Marcos afirmou ter sido sugerida pela assistente social. Ele justifica que os nomes das crianças são específicos da cidade do interior da região Sul, onde eles moram, e que, portanto, um novo nome seria um “recomeço total”. Para o menino, há certeza na mudança, e para a menina, ele gostaria que também mudasse, porém falaria com ela antes. Pareceu-nos que há um desejo que a história anterior destas crianças seja esquecida, e que a adoção significaria o início de tudo. O nosso nome faz parte de quem somos, da nossa identidade, e a modificação dele pode ameaçar o desenvolvimento do psiquismo do sujeito. Conforme Dolto (1998a) afirma:

(...) muitas vezes, o novo prenome é dado sem nenhuma referência a uma tradição familiar. A criança não deve nunca ter o prenome mudado, porque não se sabe a importância nociva que isso pode ter; mais sabe-se que, tocando-se no prenome, toca-se no essencial de uma estrutura narcísica primeira, isto é, na coesão simbólica corpo-linguagem, do ser falado na verdade (p.233).

Somos nomeados quando nascemos e esta nomeação nos insere no campo da linguagem. O nome marca a nossa existência. Parece-nos que há uma insegurança com relação ao que estas crianças possam apresentar de sua “vida passada” e a mudança do nome, seria talvez uma alternativa para suavizar este sentimento. Outro ponto, é que podemos chamar este período de espera pela adoção como uma gestação. Numa gravidez, escolhemos o nome de nossos filhos, e projetamos nossos desejos antes mesmo desta criança estar presente concretamente. Trocar o nome dos filhos, para Marcos, pode significar o nascimento de algo seu, que lhe pertence, como uma página em branco, que ele mesmo irá escrever.

Perguntamos sobre como seria a convivência das crianças adotadas no meio escolar, e Marcos relatou que elas estudariam no mesmo colégio de Caio, e que ele já havia conversado com a diretora sobre esta possibilidade. Disse que ele era radical, e que não admitiria nenhum tipo de discriminação. Marcos disse que avisou a diretora que se soubesse de qualquer coisa que acontecesse neste sentido, ele poderia tirar as crianças da escola. A fala consciente de Marcos é contra qualquer tipo de discriminação entre as crianças, com a intenção de protegê-las, como um pai faz. Porém, ao mesmo tempo, ao dizer que não quer saber de nada que aconteça nesse sentido, há uma ambigüidade no discurso, um pedido de que não o lembrem, através da escola, que existe essa diferença entre o filho biológico e o adotivo. A discriminação pode ser um questionamento sobre a sua decisão de ser pai adotivo, e isso resgata questões próprias de Marcos, como suas inseguranças e conflitos, afinal o processo de adoção ainda não se concretizou, está apenas no imaginário.

Consideramos importante questioná-lo sobre como seria as crianças carregarem uma história anterior, que lhes será desconhecida e poderá aparecer na convivência com as crianças. Marcos relatou que esta questão já apareceu no primeiro contato com as crianças, quando o menino foi tomar banho, no retorno da praia. Percebemos que Marcos respeitou esta história pregressa, que lhe era desconhecida, e ante o desespero do menino, o acolheu, o pegou no colo, ofereceu o *holding*. Marcos como forma de resolver este conflito criou uma possibilidade, o banho na pia, que era suportável para a criança:

Sem dúvida é mais saudável que os pais adotivos possam receber e sobreviver às ondas periódicas de sentimento negativo, avançando, a cada vez, em direção a uma relação mais segura (por ser menos idealizada) com a criança (Winnicott, 2005, p. 205).

Marcos sobreviveu ao desconhecido, e percebemos na entrevista uma disponibilidade interna de sobreviver a muitos outros. Como ele relatou, este episódio foi só uma parte do “drama”, do que virá. Outra parte do drama será a construção da relação com a menina, que é mais velha, e Marcos relatou ser mais quieta e tímida. Há o desejo de cativar essa menina, de integrá-la em sua casa e em seu espaço, para que ela se sinta filha, e possa falar e exigir dos pais, como os filhos fazem.

Segundo Bowlby (2006), “O mais importante é avaliar os motivos reais que estão por trás do desejo da mãe de adotar um bebê (quase sempre é a mãe, e não o pai, quem arquiteta o plano). (p. 122)” Percebemos que no caso de Marcos, foi ele quem arquitetou o plano da adoção, ao contrário da maioria dos casos, como Bowlby propõe. Notamos isso na preocupação com sua esposa, que quase faleceu no processo de perda

do bebê. Para lidar com isso, e não sentir mais a angústia que os dois passaram, Marcos propõe a adoção, como forma de suprir esta falta.

DISCUSSÃO

Iniciamos nossas considerações ressaltando que estão fundamentadas em um processo de entrevista com o pai, e que se houvesse a presença da mãe, esta dinâmica poderia ser alterada. Relatando o processo histórico da adoção e situando o caso de Marcos e sua esposa, observamos que existem vários motivos para se adotar uma criança. Entretanto, o importante, para que o processo seja satisfatório, é o encontro do amor, o desejo de amar e ser pai. No caso de Marcos, o preenchimento da falta sentida pela perda do filho, tornou-se amor pelas crianças que virão, e este amor independe de raça, cor, idade, sexo, ou algo que igualasse essas crianças às características semelhantes a do filho que não nasceu. Marcos está gestando estas crianças que virão. A forma concreta de vivenciar esta fase é preparando o ambiente para estes nascimentos. O pai está preparando o quarto, pensando na escola, no tamanho do carro, e postergando uma viagem que havia planejado. Marcos está ansioso, e sentindo o passar do tempo, contando os dias para a chegada das crianças, como uma contagem de semanas na gravidez.

Há algumas questões importantes que podem representar entraves para o processo de adoção, como a pouca convivência antes da adoção, o desaparecimento da documentação, a mudança da família para São Paulo, a grande insegurança de Suzana narrada por Marcos, o choque cultural que as crianças poderão sentir pela mudança de Estado, e até as questões inconscientes do casal, com relação à perda do segundo filho biológico. Nunca haverá uma adoção garantida, entretanto percebemos que Marcos já é pai destas crianças, pai pelo desejo, e está disposto a assumir e sobreviver às questões que virão. Percebemos que: “Ninguém nasce sabendo amar. A criança que nos recebe por pais irá aprender a formar vínculos afetivos com a convivência. Se receber amor, tornar-se-á apta para amar” (Casanova, & Souza, 2011, p. 59).

REFERÊNCIAS

- Bowlby, J. (2006) *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. (1990) Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/33/1990/8069.htm>>. Acesso em: 24 Out. 2011.
- Casanova RPS, & Souza HP. (2011) *Adoção: O amor faz o mundo girar mais rápido*. Curitiba: Juruá.
- Costa NRA, & Rossetti-Ferreira MC. (2007) Tornar-se pai e mãe em um processo de adoção tardia. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20, 425-434.
- Dias EO. (2003) *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.
- Dolto F. (1998a) *Destinos de crianças*. São Paulo: Martins Fontes.
- Dolto, F. (1998b) *Os caminhos da educação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ferreira MRP, & Ghirardi MLA (org) (2008) *Cartilha passo a passo adoção de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Clínica do Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo.

- Freud S. ([1914] 1969) *Sobre o narcisismo: Uma Introdução*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud S. ([1919] 2006) *O estranho*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago.
- Levinzon, G.K. (2009). A adoção na clínica psicanalítica: O trabalho com os pais adotivos. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14, 24-31.
- Marcílio, M.L. (2006) *História social da criança abandonada*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Paiva, L.D. (2008) *Adoção: Significados e Possibilidades*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Peiter, C. (2011) *Adoção. Vínculos e rupturas: Do abrigo à família adotiva*. São Paulo: Zagodoni.
- Vargas, M.M. (2006) *Adoção tardia: Da família sonhada à família possível*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Winnicott, D.W. (2000) *Da Psiquiatria a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (2005) *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (2008) *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artmed.

BAIRRO 25 DE ABRIL DA MEIA-PRAIA: REPRESENTAÇÕES PSICOSSOCIAIS DAS VIVÊNCIAS EM COMUNIDADE

Daniela Filipa Martins Inês 1 e Sandra Isabel Gonçalves da Saúde 2

1- Centro de Assistência Social Lucinda Anino dos Santos (CASLAS), valência Centro Comunitário Duna, na Meia Praia, Lagos, Portugal; 2- Serviços de Planeamento e Desenvolvimento Estratégico, Instituto Politécnico de Beja, Portugal

Cada vez mais tem vindo a aumentar a esperança média de vida, este facto deve-se às diversas melhorias das condições de vida, desde a higiene, a saúde, a alimentação, as condições habitacionais, entre outras, o que leva a uma vida longa e agradável. “A melhoria das condições de vida contribui para o aumento da longevidade o que, grosso modo, é vivido com uma esperança de vida longa e com bem-estar” (Vaz, et al., 2004, p.32)

“As «pessoas idosas» (...) enquadram uma categoria de indivíduos, cujas propriedades relativamente homogêneas, são normalmente identificadas com isolamento, solidão, doença, pobreza e mesmo exclusão social.” (Fernandes, 2001, p.1) No entanto, a velhice também começa a surgir associada às incapacidades físicas e psíquicas que surgem nas idades mais avançadas. São por isso necessárias cada vez mais políticas sociais de apoio a esta faixa etária, de encontro ao aumento da longevidade, visto que o envelhecimento não é uma doença, no entanto, transporta alguns problemas que os próprios idosos não conseguem resolver por si só.

Com este aumento da longevidade, a percepção da pessoa sobre si própria começa também a alterar-se, vendo-se como “velho” ou idoso mais tarde e com uma vivência mais agradável. Assim, na segunda Assembleia Mundial sobre o envelhecimento (Madrid, 2002), defendeu-se “a implantação de uma ação que responda às necessidades de combater as condições de vida estigmatizadas das pessoas idosas” (Vaz et. al., 2004, p.3), de forma a sentirem-se mais inseridas na sociedade e que esta não seja apenas virada para os jovens.

De acordo com Quaresma (cit. in Guillemard, 2004), o envelhecimento não é tido em conta apenas como um fenómeno demográfico, mas é visto também como um detentor de mudanças a nível social, económicas e sociais, assumindo-se como um facto estruturante das sociedades.

Uma Família é um grupo de pessoas unidas diretamente pelos laços de parentesco, no qual os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças. Os laços de parentesco são relações entre indivíduos estabelecidas através do casamento ou por meio de linhas de descendência que ligam familiares consanguíneos (mães, pais, filhos e filhas, avós, etc.) (Giddens, 2007, p. 175).

O facto de possuir uma boa rede social traz benefícios não só para a saúde mas também para o bem-estar do idoso (Rosa, cit. in Leite, et al. 2010). A mesma autora refere, citando Carneiro et al. (2007) que ausência de contactos sociais compromete de

forma significativa a sua capacidade cognitiva e pode conduzir à depressão. Acrescenta que a qualidade de vida e a longevidade são também influenciadas pela qualidade e intensidade da vida social do idoso (Santos, et al. 2002; Carneiro, et al. 2007, cit. in Rosa, 2010), tal como o apoio social, que se relaciona com o bem-estar psicológico e com a saúde mental do idoso. (Guedea, et al. 2006, cit. in Rosa, 2010).

O envelhecimento psicológico depende de diversos fatores, entre eles os fatores patológicos, genéticos, ambientais, contexto sociocultural, e ainda, a forma de organização do projeto individual de vida. A qualidade de vida e o bem-estar psicológico incluem a satisfação pessoal, as emoções, a sensibilidade, os sentimentos e desejos consoante a subjetividade de cada pessoa. Assim sendo, a história de vida, o sistema de valores e o contexto social em que a pessoa vive é determinante para o envelhecimento bem-sucedido. A forma única como cada ser humano se vê e se sente inserido e as suas características particulares são fundamentais na interação com o meio envolvente e consequentemente na obtenção de um maior ou menor grau de satisfação e bem-estar (Sequeira, 2010).

Uma característica das vivências em comunidade, é o sentimento de comunidade e/ou a identidade com o local. Elvas e Moniz (2010), alertam para o facto de as mobilizações em torno dos problemas da comunidade, para a resolução dos mesmos levam ao aumento deste sentimento. Sendo que, segundo Prezza e Constantini, 1998, citados pelos referidos autores, é possível relacionar o sentimento de comunidade com “o facto de se pertencer a um grupo ou comunidade, no qual as pessoas se consideram elas próprias como similares, agindo de forma interdependente para a satisfação das suas necessidades” (Elvas & Moniz, p.452).

Elvas e Moniz (2010), citando Ornelas (1989), explicam que as comunidades se encontram cada vez mais organizadas para resolverem os seus problemas, “são disso exemplo, as mobilizações a que temos assistido em áreas como: o ambiente, a segurança ou a vontade expressa de influenciar o planeamento dos seus próprios bairros” (p.451).

Se existir um elevado sentimento de comunidade é mais provável que as pessoas se mobilizem, no sentido de participarem nas soluções dos seus próprios problemas, uma vez que este sentimento promove um maior sentimento de identificação e uma maior autoconfiança, o que facilita as relações sociais, combate a solidão e o anonimato (Prezza & Constantini, 1998, cit. in Elvas e Moniz, 2010), contribuindo para o aumento da qualidade de vida e bem-estar individual. É ainda de referir que a um forte sentimento de comunidade está associado o baixo índice de doenças mentais, suicídios, abusos sexuais de crianças, diminuição da criminalidade, melhor qualidade ambiental nos bairros e fortalecimento das pessoas (Elvas & Moniz, 2010).

Segundo Elvas e Moniz (2010, p.462),

Para os indivíduos, numa primeira instância, e para a comunidade, os níveis de qualidade e satisfação de vida funcionam como experiências e recursos positivos para proteger a saúde biopsicossocial. A participação ativa na comunidade, o envolvimento efetivo em organizações políticas e a mobilização comunitária em torno dos problemas sociais, afastam por completo níveis baixos de satisfação de vida, os quais estão mais relacionados com situações de depressão, rejeição pessoal, solidão, comportamentos agressivos, consumo de álcool e abuso de substâncias químicas.

As autoras consideram que o sentimento de comunidade contribui de forma positiva para o desenvolvimento de comunidades sustentáveis e saudáveis, ou seja, “o aumento do sentimento de pertença e de identificação a uma comunidade está associado a um aumento linear do nível de satisfação e qualidade de vida individual”.

O grande aumento da população sénior leva a que os investigadores sintam necessidade de se expandir para novas áreas de estudo multidisciplinar, nomeadamente a gerontologia. Deste modo, pode-se afirmar que o principal objetivo desta área é estudar todas as incapacidades e obstáculos com que o idoso se depara, ao tentar de manter uma vida independente, nomeadamente, os problemas funcionais e próprio processo de envelhecimento biopsicossocial (Bengston, et al. 1999, cit. in Matos 2011). Sendo que a Gerontologia é o estudo científico do envelhecimento humano e “(...) tem a responsabilidade de ser o centro do qual emanam as suas ramificações a gerontologia social, gerontologia biomédica e a geriatria” (Papaleu, et al. 2007, cit. in Fernandes, 2012, p.19).

Segundo Matos (2011), com o aumento do estudo sobre os idosos, surgiram outras duas áreas de estudo, a Psicogerontologia e a Gerontologia Social, sendo estas importantes para que se proporcionem novas e melhores condições de vida a esta faixa populacional.

Assim, é ao Gerontólogo social que cabe a responsabilidade de intervir junto do idoso ao nível não orgânico. Ou seja, Fernandes (2012), citando Matheus (2007) defende que este profissional se deve focar nos aspetos “(...) antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, económicos, éticos e holísticos, assim como também nas políticas de saúde(...)” (p.20). Segundo o autor, a gerontologia Biomédica e a geriatria devem ser deixadas para os médicos e enfermeiros, respetivamente. O que não invalida que o gerontólogo social, deva permanecer atento

a possíveis mudanças biológicas no idoso no sentido de lhe proporcionar os meios necessários para resolver e ou tratar do ou dos problemas - quer a nível físico quer a nível cognitivo – encaminhando-o sempre que necessário para os respetivos profissionais de saúde.(p.20)

Assim, cabe a este profissional cuidar do idoso, apesar de não ter competências para usar a medicina ou a psicologia, por exemplo, cabe a este detetar sinais que possam significar a necessidade de intervenção de um profissional de uma área específica, de forma a garantir a satisfação das necessidades do sénior, fazendo a ligação entre o idoso e a equipa multidisciplinar de que possa necessitar, promovendo o seu bem-estar geral (Fernandes, 2012). Ou seja, os gerontólogos têm como missão permitir ao idoso o acesso a bens e serviços de que este possa necessitar, “afastando a presença constante da ideia da morte” (Fernandes, 2012, p.24).

A presente investigação consiste num estudo exploratório/descritivo de cariz misto qualitativo/quantitativo, uma vez que incidirá sobre uma comunidade específica, sendo a investigação “descritiva dos dados recolhidos em forma de palavras ou imagens e não de números” (Bogdan e Biklen, 1994, p.48).

Segundo Bogdan e Biklen (1994), neste tipo de investigação os investigadores procuram “compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para pessoas vulgares, em situações particulares.” Os mesmos autores acrescentam que “na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”. O investigador despende de muito tempo na recolha de dados para a investigação.

Apesar de grande parte desta investigação ser de carater qualitativa, é ainda quantitativa, Miles e Huberman (1984, cit. in Lessard-Hébert, et al., 1994), sublinham que estas duas formas de investigação não representam uma dicotomia mas podem ser vista como um continuum epistemológico, visto que os dois métodos se podem complementar. Tendo sido aplicado ao inquérito por questionário desta investigação.

O Concelho de Lagos situa-se no sudoeste do território continental português, sendo um dos 16 concelhos da região do Algarve, estando localizado na região do Barlavento.

O Concelho divide-se em 6 freguesias: Barão de S. João, Bensafrim, Luz, Odiáxere, Santa Maria e S. Sebastião.

Segundo Diagnóstico Social 2011 – Município de Lagos “a população residente no Município cifra-se em 29714, para uma área total de 213,9 km², correspondendo a uma densidade populacional de 138,9 habitantes por Km².” Observa-se ainda que a maioria da população residente se encontra em idade ativa, embora, e segundo o referido Diagnóstico Social, constata-se que o índice de envelhecimento no concelho é superior a 117.3%, verificando-se como tal o aumento da população que se encontra nesta faixa etária.

O Bairro 25 de Abril situa-se na freguesia de São Sebastião, na faixa da orla costeira do Barlavento Algarvio a Nascente da Cidade de Lagos, dista 2 km do centro urbano desta cidade, na parte leste da Meia-Praia.

De acordo com o Diagnóstico Social do Centro Comunitário Duna (2012), conclui-se que no Bairro 25 de Abril, da Meia-Praia residem 55 agregados familiares, perfazendo um total de 207 indivíduos, sendo que cerca de 47 têm idade igual ou superior a 50 anos, e residem no Bairro há mais de 10 anos.

O método de amostragem utilizada é amostragem por conveniência, utilizado em situações em que se escolhe os casos a analisar, sendo rápido e fácil, e tendo em conta que o entrevistador já conhece a população, sabe quem são os indivíduos a inquirir. (Hill & Hill, 2008).

Este estudo pretende analisar a relação entre a demolição do bairro, e as consequências para as vivências desta população, nomeadamente dos mais idosos e do seu processo de envelhecimento. São questões orientadoras: Em que medida o processo de envelhecimento é influenciado pela vivência na comunidade da Meia-Praia? De que forma a população sénior da comunidade de Meia Praia encara a possível demolição do bairro onde reside? Que efeitos a possível demolição do bairro 25 de Abril têm na vivência da sua comunidade sénior?

MÉTODO

Participantes

Os Inquéritos por Questionário foram aplicados a 20 informantes privilegiados, procurando-se diversidade no perfil dos mesmos, de forma que a amostra seja o mais aproximado possível da população, pois torna-se importante ter em conta as especificidades de cada um. Esta amostragem é composta por indivíduos de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 49 e os 82 anos, todos residentes no Bairro 25 de Abril há mais de 10 anos, e que vivenciaram todo o processo e história da criação do mesmo, desde a mudança de Monte Gordo/Vila Real de St. António para Lagos, a vivência nas barracas de colmo, a construção das casas após a revolução de 1974, ao abrigo do programa SAAL, fazendo parte de toda a história.

No bairro existe um café e um minimercado, encontrando-se nas suas imediações bares/restaurantes na praia, bem como, um apeadeiro da CP – Comboios de Portugal e uma paragem de autocarro do circuito dos transportes urbanos de Lagos “Onda”. Para além destes, os moradores beneficiam da proximidade à Escola E.B. 1 da Meia-Praia, que no entanto foi desativada no presente ano letivo. Encontra-se ainda formalizada a Associação de Moradores do Bairro 25 de Abril.

No que concerne a respostas sociais, o bairro dispõe apenas do Centro Comunitário Duna, sendo que os outros serviços se concentram na cidade de Lagos.

Material

Quanto à informação utilizada nesta investigação, numa primeira fase, para fundamentar o trabalho de investigação e adquirir um maior conhecimento, foi empregada a pesquisa bibliográfica e documental, visto que é uma das formas utilizadas para a pesquisa teórica ou científica (Teixeira, 2005).

Especificando, no que se refere à pesquisa bibliográfica, de acordo com Cervo e Bervian (1983), a pesquisa bibliográfica pretende explicar um fenómeno ou problema, tendo por base uma multiplicidade de referências e técnicas publicadas em documentos e, constitui, habitualmente, o primeiro passo a dar em qualquer trabalho científico. Desta forma, procedeu-se à análise de documentação inerente ao Centro Comunitário Duna, procura de notícias na comunicação social sobre o Bairro, bem como, análise bibliográfica para clarificação de conceitos relativos à temática de investigação.

Tornou-se então necessário elaborar um inquérito por questionário, para inquirir a população. Inicia-se este questionário pelo perfil biográfico do inquirido, sendo que se pretende uma caracterização geral dos inquiridos, seguindo-se perguntas sobre a vivência no Bairro e as representações da vivência no Bairro.

Para elaboração do questionário foi necessário realizar previamente o respetivo modelo de análise, que tem por objetivo delinear os blocos e dimensões para formular as questões para o inquérito. O modelo de análise encontra-se dividido em três blocos diferentes, sendo estes: caracterização da população alvo, história e vivências.

Após a recolha de dados obtidos no estudo procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos, através do programa de suporte informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0, para o sistema operativo Windows. Foi elaborada uma análise descritiva dos dados, contabilizando as frequências absolutas e relativas, para obter uma caracterização da população em estudo.

RESULTADOS

Observa-se no quadro 1, que dos 20 inquiridos, 8 deles ainda nasceram no concelho de Vila Real de Santo António, e provavelmente vieram ainda pequenos, a acompanhar os pais e/ ou os avós que para ali foram residir.

A maioria da população que hoje vive no Bairro, cresceu ali e acabou por casar com outros membros da pequena comunidade, 16 dos inquiridos são casados, e ficaram ali a residir toda a vida. Relativamente às habilitações literárias, esta população é composta de homens e mulheres trabalhadores, e de famílias numerosas, em que era necessário começar a trabalhar desde cedo, como tal, alguns membros nem tiveram oportunidade de ir à escola, 10 conseguiram completar o 1º ciclo, quanto ao 2º e 3º ciclo, apenas 3 indivíduos o conseguiram concluir.

No que respeita às profissões, esta pequena comunidade dedica-se na sua maioria à Pesca, em larga escala os homens, estando apenas uma mulher nesta área profissional. Os restantes moradores acabam por trabalhar na Hotelaria e Indústria conserveira, isto é, nas antigas fábricas de conservas de peixe que existiam em Lagos. Hoje em dia dedicam-se à hotelaria, trabalhando em restaurantes e hotéis na zona da Meia-Praia, na maioria dos casos apenas no Verão, quando o fluxo de turistas aumenta.

Na década de 40 começaram a chegar os primeiros moradores à zona leste da Meia-Praia, chegavam de Monte-Gordo, de onde famílias inteiras vieram a pé, ou como cantava Zeca Afonso, “Houve até quem estendesse a mão a mãe caridade para comprar um bilhete de paragem para a cidade”.

Quadro 1
Perfil Biográfico dos Inquiridos

Perfil Biográfico		Frequência
Idade	<50	2
	51 - 60	6
	61 - 70	6
	71 - 80	5
	> 81	1
Género	Feminino	9
	Masculino	11
Estado Civil	Solteiro	1
	Casado	16
	Viúvo	3
	Iletrado	5
Habilitações literárias	Sabe ler e escrever	2
	1º ciclo	10
	2º Ciclo	2
	3º Ciclo	1
Naturalidade	Lagos	7
	Portimão	2
	V.R. St. António	8
	Aljezur	2
	Barcelos	1
	Pescador/a	10
Profissão	Empregada de Hotelaria	3
	Indústria Conserveira	7

Fonte: Inquérito por Questionário, 2013

Com a ajuda de uns e outros, alguns moradores conseguiam comprar o bilhete de autocarro para Lagos, nem que fosse só para uma parte da família, e os restantes prosseguiram a pé. Conforme foi referido nos questionários, a maioria dos “ primeiros habitantes vieram de Monte Gordo, para trabalhar nas artes de arrastar”, iam à procura de trabalho, de melhores condições de vida para si e para as suas famílias, essencialmente os homens iam para a pesca, para as artes de arrastar, que ali mesmo desenvolviam na praia.

Alguns dos inquiridos referiam que o processo de criação do bairro se deu porque os seus familiares se deslocaram para a Meia Praia e com eles trouxeram toda a família, uma inquirida referia “A minha mãe veio com 3 anos, a pé e a pedir (caridade), porque o meu avô veio para aqui pescar”, e naturalmente acabaram por se manter ali a residir toda a vida, dando continuidade à geração. Sendo que a mãe e o pai fizeram a sua vida no bairro, mantendo-se ali até ao fim dos seus dias, e hoje esta senhora ainda se encontra ali a residir, com uma idade compreendida entre os 61 e 70 anos.

Os moradores do Bairro tinham deixado as suas habitações em Monte Gordo quando decidiram mudar-se para a Meia-Praia, os recursos económicos eram escassos e como tal, as primeiras casas tinham poucas condições habitacionais, sendo que se tratavam, eminentemente, de “barracas de colmo e placas de madeira, feitas pelos primeiros moradores” refere uma das inquiridas.

Segundo alguns inquiridos as alterações ao bairro deram-se depois da revolução de Abril de 1974, sendo que nessa altura o Arquiteto Veloso¹² procurou esta pequena comunidade de pescadores, apresentando-se para ajudar na melhoria das condições habitacionais. Um dos inquiridos dizia “Foi com o 25 de Abril... Veio o arquiteto Veloso para nos ajudar...”, enquanto outro refere também que foi nessa época que o arquiteto os ajudou e que o Bairro “foi construído pelos moradores, mas os pedreiros vieram com o Veloso”.

Com a revolução de 25 de Abril de 1974, foram muitas as alterações que surgiram no território português, criando-se nesta altura o projeto SAAL – Serviço de Apoio Ambulatório Local, em Julho de 1974, pelos Ministérios do Equipamento Social e do Ambiente e Ministério da Administração Interna (Granado, 1992). Este programa tinha por objetivo, segundo a referida autora, apoiar as populações que viviam “mal alojadas”, embora funcionasse através das Câmaras Municipais, sendo de todo importante que as populações colaborassem na “transformação dos próprios bairros”. Este programa funcionou com o fundo de Fomento à Habitação, a quem competia, segundo a mesma autora, assegurar o financiamento em parte, destas construções, e ainda, auxiliar as Associações de moradores a recorrerem ao financiamento da Caixa Geral de Depósitos. Sendo que Granado (1992) refere ainda que as Câmaras teriam outras responsabilidades, além de assegurar a realização e o financiamento de infraestruturas, sendo: esgotos, abastecimento de água, eletricidade, arruamentos, espaços exteriores, coisa que não se verificou neste Bairro.

Grande parte da comunidade que edificou o bairro acabou por se manter ali toda a vida, criando ali os filhos, que na sua maioria também ficaram a residir na comunidade, sendo sempre assegurada a continuidade da geração. Conforme se observa no quadro seguinte, 18 dos 20 inquiridos, residem na Meia-Praia há mais de 40 anos (quadro 2).

Quadro 2

Tempo de residência no Bairro

	Frequência	%
20 - 40 anos	2	10
Há mais de 40 anos	18	90
Total	20	100

Fonte: Inquérito por Questionário, ²⁰¹³

No que toca às relações entre os vizinhos, alguns inquiridos confidenciavam que antigamente não era assim, havia muitas confusões e discussões entre vizinhos, chegando até mesmo a haver agressões físicas.

Apesar deste bom relacionamento com os vizinhos e familiares, nem todos os inquiridos revelaram que desenvolvem atividades em grupo, 8 destes refeririam que não o costumam fazer. Sendo que já lá vão alguns anos desde que esta pequena comunidade de pescadores se começou a juntar para fazer jogos de futebol, e anualmente jogam contra um grupo, de amadores também, que vêm de Ourique, e posteriormente, deslocam-se estes para Ourique, para a realização do jogo anual.

Estas influências no processo de envelhecimento, acabam por estar ligadas ao que foi considerado pela população, o melhor e o pior das vivências no Bairro. Sem dúvida, que para a grande maioria, o melhor de tudo é o espaço e as pessoas. A proximidade do mar, a liberdade e o ar puro, que não teriam dentro de uma cidade, a amizade das

¹² Arquiteto José Veloso, natural de Lagos, deu apoio para a criação do Bairro 25 de Abril da Meia Praia, Lagos, apresentou o programa SAAL aos moradores e trouxe os seus trabalhadores para a construção.

pessoas, a união de toda a comunidade, o ambiente familiar, são o que mais pesam nesta questão.

Alguns inquiridos referiam que ali têm “o ar puro, a liberdade, é diferente da cidade!”, outros salientaram a “camaradagem e solidariedade” que existem entre os membros da comunidade, uma vez que é “um ambiente familiar”, como disse outro morador.

No entanto, nem tudo é bom, e no que respeita ao pior das vivências nesta comunidade, sendo de destacar a falta de arruamentos por parte de praticamente toda esta amostra, e algumas habitações que se encontram em pior estado, com falta de condições. Como dizia um dos inquiridos, o pior é “a falta dos arruamentos, pois quando chove é só água, e há constantemente lixo nas ruas”, enquanto outro dizia, que é “as ruas e as casas, mas que quando chove não se consegue andar no bairro”.

Alguns moradores aceitam esta possibilidade, na contrapartida de terem melhores condições, nomeadamente ao nível das habitação, mas a grande maioria não quer deixar o Bairro, nem querem pensar na hipótese de este ser extinto, referindo até que sentem como “uma ameaça a esta comunidade de pescadores”. Uma das moradoras mais antigas dizia “se fosse para o bem das pessoas e dessem casas como deve ser...”, talvez aceitasse essa possibilidade, mas assim, acabou por acrescentar “só saio quando morrer”.

Caso se concretize esta ideia, são muitos os moradores que se pretendem unir para não deixar avançar a demolição do bairro, apenas um referiu que iria apoiar esta situação. A concretizar-se esta ideia, não iria ser aceite facilmente por esta comunidade piscatória. Alguns preocupam-se com o afastamento das pessoas/ famílias, que poderá destruir a identidade e o espírito da comunidade, enquanto outros referiam claramente que era mau e “dava cabo de nós”, sendo ainda referido que poderia “haver uma revolução uma guerra”

Um dos inquiridos referia que a concretizar-se essa demolição seria o “destruir da identidade e o sonho de uma vida”. Todos reconhecem que de diferentes formas isto irá afetar a população, e que seria mau, devido ao afastamento da comunidade, ou devido a tristeza e magoa que provocará nas pessoas, ou de uma forma geral, porque seria a destruição desta pequena comunidade.

DISCUSSÃO

Tendo em conta o tema “O Bairro 25 de Abril da Meia-Praia: representações psicossociais das vivências em comunidade”, foi importante efetuar uma abordagem sobre o processo de envelhecimento, sendo que para Constança Paúl, et al. (2005) existem diversas formas de envelhecer e que abrangem idosos bem-sucedidos e ativos ou idosos inabilitados, em que a sua autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem.

Segundo Chen e Fu (2008, cit. in Rosa, 2010), estar com outras pessoas, sejam a família, ou amigos, e participar em grupos sociais beneficia o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida e o envelhecimento ativo. Ou seja, a forma como é vivida a última fase da vida, depende do contexto social, da saúde, da autonomia de cada um, das relações com os outros, influenciando deste modo a qualidade de vida.

Assim, e para dar resposta à questão de partida: De que forma a possível demolição do Bairro 25 de Abril (vulgo comunidade da Meia Praia) influencia a vivência e o processo de envelhecimento da sua população sénior?

É importante ter em conta que, o envelhecimento na comunidade, com o suporte da rede de vizinhança e os laços familiares, contribui para um envelhecimento com maior

qualidade, pois se existir um elevado sentimento de comunidade é mais provável que as pessoas se mobilizem, no sentido de participarem nas soluções dos seus próprios problemas, facilitando as relações sociais e combatendo a solidão (Prezza & Constantini, 1998, cit. in Elvas e Moniz, 2010). Segundo, Elvas e Moniz (2010),

A melhoria da qualidade e satisfação de vida percebida através do sentimento de pertença a uma comunidade é diretamente influenciada, por componentes específicas e dominantes da vida, como a família, os amigos, a escola, o próprio, os vizinhos e o bairro (p.432).

Considerando as referidas autoras que “o sentimento de comunidade contribui positivamente para a promoção de programas comunitários essenciais ao desenvolvimento de comunidades sustentáveis e saudáveis” (p.451). A comunidade residente no Bairro 25 de Abril da Meia Praia, concelho de Lagos, sito na região do Algarve, é uma população ligada às artes piscatórias, que ali se edificou por iniciativa dos seus antepassados, que na década de quarenta, vieram de Monte Gordo, em busca de melhores condições de vida. Conforme a população relata, uns vieram a pé, outros com ajuda de caridade. Iam em busca de trabalho, nas artes de arrastar, que ali mesmo se desenvolviam, na Praia. Construíram barracas de colmo e madeira, com poucas condições, uma vez que os recursos financeiros eram escassos.

Após o 25 de Abril, e com o apoio do Arquiteto Veloso, tiveram conhecimento do programa SAAL – Serviço de Apoio Ambulatório Local, um programa que surgiu em 1974, e pertencia ao Ministério do Equipamento Social e do Ambiente e do Ministério da Administração Interna (Granado, 1992). Este tinha por objetivo, apoiar as populações mal alojadas, através das Câmaras Municipais, sendo que as populações teriam de ser envolvidas em todo o processo para construção das novas habitações, e assim foi, segundo os inquiridos todos ajudaram: homens, mulheres e crianças. Tendo na altura sido realizado um documentário sobre todos este processo, por António Cunha Teles (1976), cujas imagens sobre a construção do bairro por todos os populares, se encontram em anexo IV.

Deste modo, a maioria dos habitantes atuais do bairro, viveram ali toda a vida, ou grande parte da mesma, foram ali criados pelos seus pais, e mais tarde, constituiriam ali também a sua família, mantendo-se esta comunidade até aos dias de hoje. No entanto, antigamente, as relações entre os membros da comunidade eram conflituosas, hoje em dia consideram-se uma família, sendo unidos, principalmente para resolução dos seus problemas.

Prevaleceu também, o gosto pela pesca, passou de geração, em geração, e mantém-se ainda vivo nos dias de hoje. Sendo que a organização da vida quotidiana desta comunidade é realizada de uma forma geral em torno da atividades piscatória, ou seja, de madrugada os homens partem para o mar, de manhã vão vender o peixe para a lota, e as mulheres organizam a lida doméstica, de manhã, preparam as crianças para a escola e têm o almoço pronto a tempo do regresso dos maridos. Depois de almoço, muitas vezes é necessário a reparação das redes e/ ou embarcações para outra noite de trabalho, é de referir ainda que nem todas as mulheres têm esta vida doméstica e algumas trabalham na hotelaria/ turismo, ali mesmo na Meia Praia. Todos estes anos de história influenciam as pessoas que ali residem, que referiram que o melhor da vivência neste bairro é sem dúvida a comunidade, a amizade e união das pessoas, e o local, a liberdade, o ar puro, o mar ali tão próximo, que não pretendem trocar por outro sítio. Existe um forte sentimento de pertença para com este local.

Este sentimento de pertença contribui também para o aumento da qualidade de vida e bem-estar individual, visto que ao mesmo está associado o baixo índice de doenças mentais, suicídios, abusos sexuais de crianças, diminuição da criminalidade, melhor

qualidade ambiental nos bairros e fortalecimento das pessoas (Elvas & Moniz, 2010). No entanto, conforme foi referido no início desta dissertação, em 2007, surgiu o PUMP – Plano Urbanístico da Meia Praia (2007), com os seguintes objetivos:

- a) Garantir o desenvolvimento sustentável da Área de Intervenção através da salvaguarda e valorização dos elementos ambientais e paisagísticos em presença;
- b) Diversificar e incentivar a instalação de estabelecimentos turísticos de elevada qualidade;
- c) Qualificar e conferir identidade ao espaço urbano;
- d) Desenvolver e completar as redes de infra-estruturas existentes (p.1).

E como tal, é necessário demolir este Bairro, lê-se no n.º 1 do artigo 36º, que “A área atualmente ocupada pelo Bairro SAAL – 25 de Abril será renaturalizada após realojamento da população residente, através de ações conducentes à recuperação do relevo e à revitalização do coberto vegetal autóctone” (p.18), embora, este processo de realojamento esteja ainda sujeito a acordo com a Administração Central.

A população reconhece que nem tudo é bom, consideram que a falta de arruamentos prejudica a imagem do bairro, e que a falta de sarjetas e escoamento de águas, a quantidade de areia e pó, impedem também a manutenção da limpeza, e dando o aspeto de um bairro sujo. Embora a maior preocupação de todas para esta pequena comunidade, seja o risco de demolição do bairro, e a incerteza quanto a esta situação.

Apesar destes problemas, a maioria dos inquiridos referiam que não pretendem sair, que não aceitam essa hipótese e nem querem pensar que essa situação poderá realmente acontecer. A concretizar essa hipótese, a maioria dos moradores pretende unir-se para não permitirem a concretização da mesma.

No entanto, é necessário esclarecer, que segundo o “Programa Global de Realojamento de 56 Famílias” realizado a 27 de Janeiro de 2006, está previsto o realojamento dos moradores de vários bairros da cidade, entre eles, o Bairro 25 de Abril. Sendo que este realojamento, embora não seja exclusivo para a comunidade em estudo, será repartido por entre “quatro aglomerados habitacionais de forma dispersa e diferenciada”, não sendo então considerados para tal a união e amizade desta população.

Ao longo desta investigação foi possível observar que são diversas as atividades realizadas em grupo pela comunidade, desde o trabalho dos pescadores, que é feito em camaradagem, aos jogos de futebol que anualmente realizam contra uma equipa de Ourique, às caminhadas que realizam em grupo, as Marchas Populares com que brindam vários arraiais do concelho, as noites de fados e cantorias, que entoam por todo o bairro, entre outros. Em alguns destes momentos podemos identificar o sentimento de pertença e a alegria das vivências destas gentes, são realmente felizes a viver neste bairro.

É possível ainda, ler-se no PUMP (2007), que este Bairro apresenta uma imagem de degradação, que não se enquadra nos objetivos do plano, uma vez que este visa “a proteção e valorização do património natural e a estruturação de um espaço turístico qualificado” (p.47). Privando-se assim, esta pobre comunidade de pescadores, do seu Bairro e da sua comunidade, em prol dos turistas e dos seus aldeamentos de luxo. Sem serem tidos em conta as vivências destas gentes, a sua história de vida, e o forte sentimento de pertença. Neste bairro as pessoas são unidas, apoiam-se e têm qualidade de vida, a proximidade do mar e a liberdade do espaço dão-lhes a alegria de viver, que não teriam noutro lado. À luz do referido por Elvas e Moniz (2010), o aumento deste sentimento de pertença e a identificação com uma comunidade específica, estão diretamente ligados “a um aumento linear do nível de satisfação e qualidade de vida dos indivíduos” (p.462).

A população preocupa-se com as consequências dessa situação, uma vez que seria a destruição da identidade e espírito da comunidade, da sua história, que os distingue sem dúvida de outros bairros e comunidades. Sendo este parte da história e cultura do próprio concelho de Lagos.

REFERÊNCIAS

- Ander-Egg, E. (1998). *Como elaborar um projecto – Guia para desenhar projectos sociais e culturais*. Lisboa: Lumen – CPIHTS.sw
- Ander-Egg, E. (1995). *Introdução ao Trabalho Social*. Petropolis: Editora Vozes
- Banza, M. M. S. (2012). *Projeto de intervenção em saúde comunitária. Envelhecimento ativo: amadurecer em saúde* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Loures: Lusodidacta
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação- Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Cabrillo, F., & Cachafeiro, M. L. (1990). *A revolução grisalha*. Lisboa: Planeta Editora
- Câmara Municipal de Lagos (2007). *Plano de Urbanização da Meia Praia*.
- CASLAS (2012). *Diagnóstico Social do Bairro 25 de Abril*. Conselho Local de Ação Social de Lagos, *Diagnóstico Social 2011 Município de Lagos*
- Costa, A. F. (1992). *O que é a Sociologia*. Lisboa: Difusão Cultural
- Elvas, S. & Moniz, M. J. (2010). Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. *Análise Psicológica*, 28, 451-454
- Fernandes, A. A. (2001, Setembro). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*, 36, 39-52.
- Fernandes, J. (2008); A desterritorialização como fator de insegurança e crise social no mundo contemporâneo, in I Jornadas Internacionais de Estudos sobre Questões Sociais; AGIR – Associação para a Investigação e Desenvolvimento Sócio-Cultural; Póvoa de Varzim. Consultado em Junho de 2013. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/13829/1/A%20desterritorializa%C3%A7%C3%A3o%20como%20factor%20de%20inseguran%C3%A7a.pdf>
- Fernandes, V. (2012). *Os homens velhos – Cui(dar) em gerontologia*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus. Consultado em Novembro de 2012, disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2657/1/VASCO_Monografia_ESEJD.pdf
- Freitas M., Maruyama S., Ferreira T., & Motta A. (2002). Perspectivas das pesquisas em gerontologia e geriatria: revisão da literatura. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 10, 221-228.
- Gauthier, B. (2003) *Investigação Social – da problemática à colheita de dados*. Lisboa: Lusociência – Edições técnicas e Científicas, Lda.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1995). *O Inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta editora
- Giddens, A. (2007). *Sociologia* (5ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Granado, M. F. (1997). *Constituição e evolução de uma comunidade: o Bairro 25 de Abril*. Edição: ISCTE
- Granja, B., & Pereira, F. (2009) - *Serviço social e gerontologia: articulações e fronteiras*. In 3ème Congrès de l'AIFRIS. Hammamet. Consultado em Novembro de 2012, disponível em:

- <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/4439/3/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20tunis.pdf>
- Henriquez, A., Netto, J.P., Barroco, M.L., Jacques, C., Cabral, J., & Brites, C. (2001). *Serviço Social Ética, Deontologia & Projectos Profissionais*. Lisboa: Cpihts – Veras – Icsa
- Hill, M. M. & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- INE, 2012, *População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Instituto Piaget: Lisboa
- Lopes, M., Marques, M., Mendes, J., & Mendes, F. (2012). *As Representações Sociais do Envelhecimento Ativo de idosos e profissionais*. Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde. Consultado em Abril de 2013. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/7607>
- Matos, L. (2011). *Medo da queda, estado emocional, qualidade de vida e contexto habitacional em idoso: um estudo exploratório*. Tese de mestrado, Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, 2011. Consultado em Novembro de 2012, disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5144/2/ulfpie039729_tm_tese.pdf
- Moraes, R. (1999). Análise de Conteúdo. *Revista Educação*, 22, 7-32
- ONU (1999) *Direitos humanos e serviço social: manual para escolas e profissionais de serviço social*. Lisboa: ISSS
- Osório, A. R., & Pinto, F. C. (2007). *As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses, In *Envelhecer em Portugal. Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.75-79). Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A., Calado, D., & Pereira, M. (2004). *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a Solidão e a Dependência*, Lisboa, CESDET.
- Quintas, A. (2008). Onde está o bairro social? O caso de um realojamento social em lotes dispersos na Freguesia da Brandoa: Percepção dos residentes sobre o novo espaço residencial. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Consultado em Maio, 2013, disponível em: <https://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1799/1/Onde%20est%C3%A1%20o%20bairro%20social.%20O%20caso%20de%20um%20realojamento%20social%20em%20lotes%20dispersos%20na%20Freguesia%20da%20Brandoa.pdf>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rosa, A. (2010). *Idosos mais idosos – Narrativas, ciclo de vida e estilos de vida*. Universidade de Aveiro. Consultado em Novembro de 2012, disponível em: <https://ria.ua.pt/handle/10773/4024>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel
- Torres, A., Brites, R., Mendes, R., & Lapa, T. (2007). *Famílias no contexto Europeu: alguns dados recentes do European Social Survey*. Consultado em 6 de Junho 2012, disponível em: <http://www.aps.pt/vcongresso/ateliers-pdfs.htm>.
- Vaz, M. E., Silva, L. F., Alves, F., Vieira, C., Silva, T., Sousa, F., ... Hoven, R. (2004). *Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: resultados preliminares*. Consultado em Novembro de 2012. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628ec1611194_1.pdf

A IMPORTÂNCIA DA VISITA DA CRIANÇA A FAMILIARES INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA

Sheila Taba 1, 2, 3 e Edna Maria Severino Peters Kahhale ✉ 1, 3

1-Laboratório de Estudos de Saúde e Sexualidade (LESSEX); 2- Hospital Universitário de Cascavel, Paraná, Brasil; 3- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil

A internação de um familiar na UTI é percebida na prática hospitalar como um evento emocionalmente marcante para os diferentes membros do conjunto familiar, e são poucos os relatos de experiências de crianças visitando Unidades de Terapia Intensiva Adulta ou Pediátrica. Johnstone (1994), em sua revisão de literatura, relata que são poucas as publicações que discorram sobre os efeitos da visita de crianças em UTIs. Os artigos publicados ao longo da última década mostram que ainda faltam protocolos de visitas de crianças em UTIs, mostrando que as políticas oficiais e formais são, geralmente, mais restritivas do que ocorre na prática (Clarke, 2000; Kean, 2010; Knutsson, Otterberg, & Bergbom, 2004).

A visita de criança em Unidades de Terapia Intensiva é uma situação conflitante, na qual recai sobre a equipe multidisciplinar a responsabilidade na tomada de decisão quanto a permitir ou restringir a visita da criança a seu familiar internado nesta unidade. As reflexões são individualizadas e as decisões são baseadas na subjetividade do profissional. Há uma crescente demanda solicitando a visita de crianças menores do que a idade estabelecida nas normativas hospitalares, o que justifica a necessidade de uma reflexão mais acurada sobre o tema e a sistematização desse processo. Assim, o presente estudo tem como objetivo criar um protocolo de visita de criança de 02 a 12 anos em Unidade de Terapia Intensiva Adulta e/ou Pediátrica em hospitais públicos. Considerando os direitos da criança, do paciente e da família, e a dinâmica desta unidade hospitalar, a visita de criança a pacientes críticos será compreendida como um passo a mais na melhoria da assistência prestada, em conformidade com as políticas de saúde do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) inseridas nas diretrizes do programa HumanizaSus.

A criação de um protocolo de visita de criança em Unidade de Terapia Intensiva Adulta ou Pediátrica, não significa que partimos do princípio de que uma instituição hospitalar seja um ambiente bom para as crianças frequentarem, todavia, pensamos ser uma assistência humanizada, aquela que, no momento de dor, consegue encontrar saídas criativas para minimizar o sofrimento e oportunizar a todos, paciente, família e equipe, a descoberta das ferramentas internas de cada um dos envolvidos, para que consigam administrar o sofrimento e possam vir a ser de fatores de proteção e resiliência.

✉ - Edna Maria Severino Peters Kahhale, Rua Diana, 700 apto 142 Cep 05019-000 SP/SP Brazil, Email: ednakahhale@pucsp.br

Partindo da hipótese de que a visita pode ser um fator gerador de conforto e inclusão, entendemos que esta pode ser benéfica para que a criança possa lidar com as próximas etapas da recuperação ou morte do paciente (familiar querido) em questão. Compreender o que está se passando com o familiar internado, com informações adequadas sobre o ambiente da UTI, e reconhecer o funcionamento e a finalidade dos aparelhos que existem no local pode propiciar a criança maior domínio sobre as incertezas que permeiam a família e seu familiar estimado internado. Proporcionar tal visita tem como sustentação política alinhar a ética às necessidades emergentes na sociedade moderna. Os *guidelines* americanos, com relação à prática da enfermagem sugerem ações que visam garantir apoio à presença irrestrita de familiares nas UTIs, e recomenda que, dentre as principais mudanças, haja a receptividade de visita de crianças, que deverão ser supervisionadas por um familiar adulto e/ou um membro da equipe (American Association of Critical Care Nurses, 2012).

Motivos encontrados na literatura para permitir a visita de crianças:

- a) a ansiedade e os sentimentos da criança relacionados ao abandono e ao medo da morte diminuem depois da visita (Borges, Genaro, & Monteiro, 2010);
- b) a criança compreende melhor a doença de seu familiar e se torna mais participativa no processo de internação (Borges, et al., 2010);
- c) quando há grande probabilidade de o paciente não sobreviver, e a família deseja que a criança possa se despedir. O paciente pode não se lembrar da visita ou mesmo não estar consciente no momento da visita, mas a criança poderá se lembrar, caso ela seja mais velha ou o membro da família que acompanhou a visita poderá futuramente contar a esta que viu seu familiar amado antes de morrer (Ihlenfeld, 2006);
- d) é importante que a criança possa ver seu irmão ou irmã hospitalizados e, no momento da visita, poderá levar como presente para o paciente, um desenho (Ihlenfeld, 2006);
- e) mesmo as crianças pequenas sabem quando algo não está bem e podem ser esclarecidas com a possibilidade da visita, colocando dados de realidade que corrijam algumas distorções do pensamento mágico da criança quanto à ausência do familiar doente (Crider & Pate, 2011).

Motivos encontrados, na literatura para a restrição de visitas de crianças:

- a) comparada com outras unidades hospitalares, o ambiente das UTIs é provido de grande aparato tecnológico e os pacientes que lá estão encontram-se em condições clínicas sérias, conectados a diversos equipamentos, o que torna mais difícil para o curador da criança decidir por permitir a visita, pois permeia a ideia de que tudo isso pode causar um efeito negativo e uma experiência desumana ou assustadora (Knutsson, et al., 2007a);
- b) a equipe cita as mudanças psicológicas (Whitis, 1994);
- c) a necessidade de descanso do paciente (Whitis, 1994);
- d) os fundamentos para restrições a visitas de crianças nas UTIs estão pautados no senso comum, com razões baseadas em crenças como a ideia de que a presença de familiares ao lado do leito de pacientes seriamente enfermos provocaria estresse ao mesmo e a possibilidade de trauma psicológicos para a criança (Borges, et al., 2010; Johnstone, 1994);
- e) Jonhstone (1994) relata que as políticas de restrição remontam ao passado, citando regulamentações de 1962 que perduram até a década de 1990, ressaltando que nos Estados Unidos, na década de 1980, as restrições estavam mais relacionadas às variáveis da unidade ou da instituição do que nas necessidades dos familiares e dos pacientes;

f) a criança é considerada potencial transmissora de infecção para a unidade, assim como há o risco de infecção para ambos, paciente e criança (Borges, et al., 2010; Ihlenfeld, 2006; Johnstone, 1994; Knutsson & Bergbom, 2007);

g) o comportamento das crianças pode ser inadequado – com a possibilidade de ficar correndo dentro da UTI, pois elas são incontroláveis (Borges, et al., 2010; Ihlenfeld, 2006; Johnstone, 1994);

h) a severidade dos ferimentos do paciente (Knutsson & Bergbom, 2007);

i) o ambiente pode ser assustador (Knutsson & Bergbom, 2007).

Assim, o objetivo do estudo é criar um protocolo de visita de criança de 02 a 12 anos em Unidade de Terapia Intensiva Adulta e/ou Pediátrica em hospitais públicos.

MÉTODO

No período de um ano, foram realizadas 17 avaliações de visita de criança em UTIs (Adulto e Pediátrica) de um hospital Universitário, que atende exclusivamente pacientes do SUS. As solicitações de visita foram espontâneas e a avaliação para permissão ou restrição da visita da criança incluiu observação e entrevista pelo pesquisador com o paciente, criança e família, além do parecer da equipe e informações colhidas no prontuário.

A idade das crianças que fizeram a visita variou entre 02 e 11 anos, e a maioria (76,5%) eram crianças maiores de 6 anos. Necessitando preparo distinto do profissional nas explicações sobre o paciente e o ambiente da UTI, as crianças com 6 anos ou mais já são verbais e conseguem compreender as explicações que são passadas e as crianças menores mostram-se mais seguras no colo do familiar que a acompanha e, muitas vezes não conseguem expressar verbalmente seu desejo em participar desta visita. O grau de parentesco observado nos casos de solicitação de visita foram basicamente de filhos, irmãos e netos, ou seja, parentes consanguíneos de primeiro e segundo grau. O protocolo elaborado ao longo desta pesquisa encontra-se sistematizado no quadro ao final do texto.

RESULTADOS

Identificamos três conjuntos de variáveis que podem interferir na tomada de decisão sobre a liberação da visita. As variáveis que denominamos FIXAS são aquelas nas quais não conseguimos alterar a curto prazo e, por isso, não sofrerão mudanças: a estrutura física do hospital, o ambiente da UTI, que inclui outros pacientes, os equipamentos, a iluminação, os ruídos e cheiros. As variáveis consideradas FLEXÍVEIS são aquelas que podem ser ajustadas ou adaptadas para o momento da visita: o horário da visita, a colocação de biombo para manter a privacidade dos envolvidos, a aparência do paciente, os curativos, a retirada de sonda, a posição do paciente, como por exemplo, sentá-lo na poltrona ou elevação do leito, a oclusão temporária da traqueostomia, aumento ou diminuição da sedação, dentre outras questões particulares a cada caso. E, as variáveis que chamamos de MUTÁVEIS são aquelas mudanças que não estão no controle, como condições clínicas do paciente, uma doença infecto-contagiosa que a criança possa ter adquirido antes da visita e que poderia transmitir ao paciente, intercorrência na UTI, com o próprio paciente ou outro, em momento próximo a visita.

Diretrizes sugeridas pelas crianças:

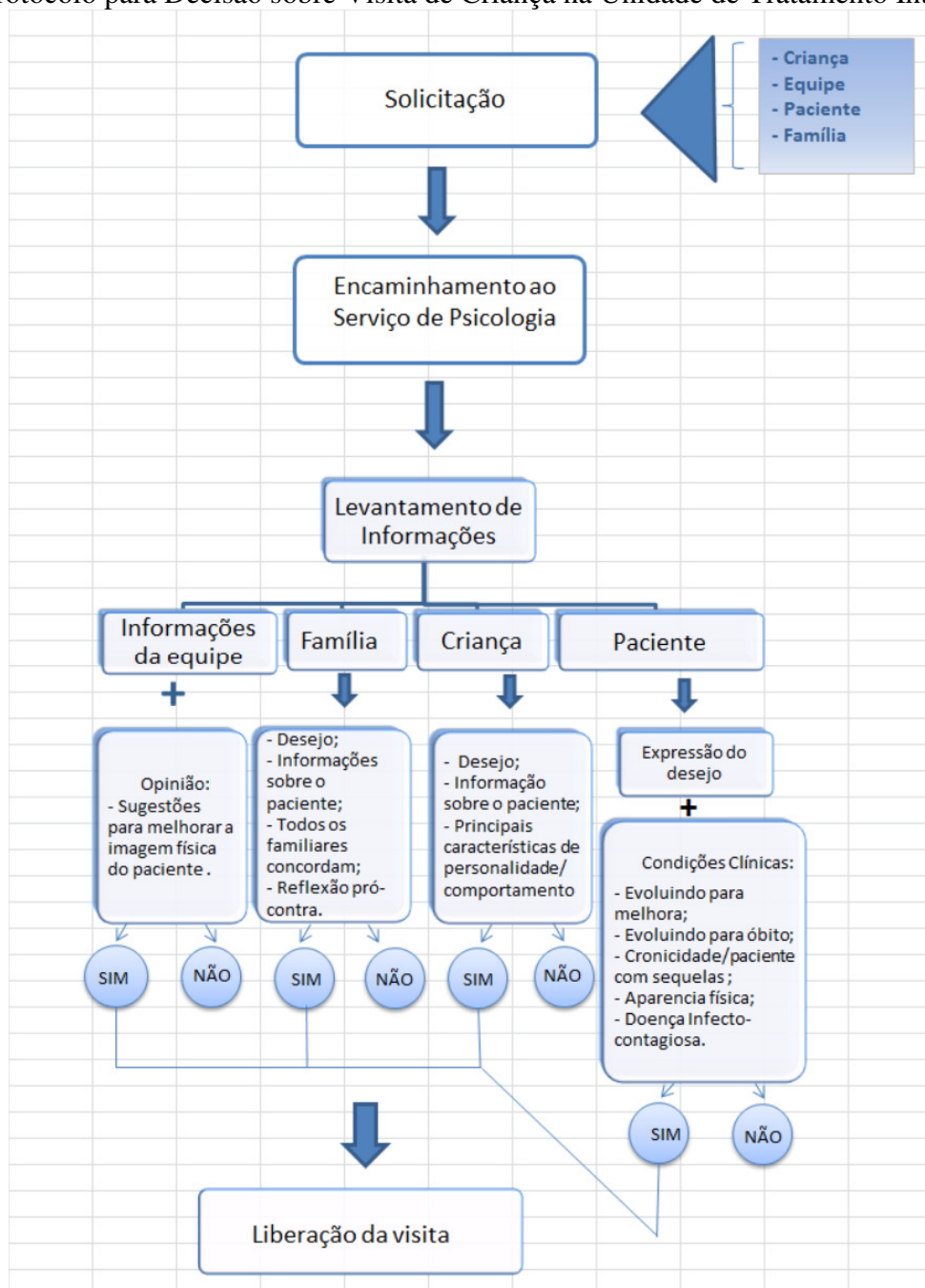
a) aceitar os limites, “sim” é sim e “não” é não (aceitando o “não” se avaliado que o momento não é oportuno);

b) permitir à criança conhecer/ver seu irmão ou aplacar a saudade do seu pai/mãe;

c) ter um profissional acompanhando a visita se faz necessário.

O protocolo de visitas de crianças foi sendo lapidado no decorrer da pesquisa e o resultado final mostrou-se eficiente e compatível com as recomendações realizadas pelos pesquisadores que estudaram este tema, Knutsson e, Bergbom (2007), Kean (2010), Crider e Pate (2011), Johnstone (1994), Clarke e Harrison (2001), e pela American Association of Critical Care Nurses (2012).

Protocolo para Decisão sobre Visita de Criança na Unidade de Tratamento Intensivo



DISCUSSÃO

A visita da criança a seu familiar mostrou-se um momento muito rico, no qual as trocas afetivas acontecem e os esclarecimentos podem ser feitos no momento. Para os pacientes que tiveram alta posteriormente em boas condições, fica para a criança a participação junto com a família e a compreensão de superação. Para os pacientes que

tiveram alta, com sequelas, o momento serviu para iniciar a criança a esta nova fase de adaptações, na qual ela pode ser importante colaboradora e se sente contente com sua participação. E, para os pacientes que foram a óbito, este momento serviu como oportunidade de despedida, buscando ser uma situação que colabore com a elaboração do luto posterior.

REFERÊNCIAS

- American Association of Critical Care Nurses. (2012). Family presence: Visitation in the Adult ICU. *Critical Care Nurse*, 32, 76-78.
- Borges, K. M. K., Genaro, L. T., & Monteiro, M. C. (2010). Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22, 300-304.
- Clarke, C. (2000). Children visiting family and friends on adult intensive care units: The nurses perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 330-338. doi:org/10.1046/j.1365-2648.2000.01293.x
- Clarke, C., & Harrison, D. (2001). The needs of children visiting on adult intensive care units: A review of the literature and recommendations for practice. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 61-68. doi:org/10.1046/j.1365-2648.2001.3411733.x
- Crider, J., & Pate, M. F. (2011). Helping children say goodbye to loved ones in adult and pediatric intensive care units: Certified child life specialist--critical care nurse partnership. *Advanced Critical Care*, 22, 109-112. doi:org/10.1097/NCI.0b013e31820810b6
- Ihlenfeld, J. T. (2006). Should we allow children to visit ill parents in intensive care units? *Dimension Critical Care Nursing*, 25, 269-271. doi:org/10.1097/00003465-200611000-00005
- Johnstone, M. (1994). Children visiting members of their family receiving treatment in ICUs: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 289-292. doi:org/10.1016/0964-3397(94)90038-8
- Kean, S. (2010). Children and young people visiting an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 868-877. doi:org/10.1111/j.1365-2648.2009.05252.x
- Knutsson, S. E., Otterberg, C. L., & Bergbom, I. L. (2004). Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: Policies, guidelines and recommendations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 264-274. doi:10.1016/j.iccn.2004.06.004
- Knutsson, S. E., & Bergbom, I. L. (2007). Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 362-371. doi:org/10.1111/j.1365-2702.2005.01517.x
- Whitis, G. (1994). Visiting hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 85-88. doi:org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01055.x

A PARENTIFICAÇÃO EM JOVENS ADULTOS: PERDA, VINCULAÇÃO E GRATIDÃO NA ADULTEZ EMERGENTE

Sónia Oliveira ✉ e Fátima Feliciano

ISEIT/Instituto Piaget – Campus Universitário de Viseu, Portugal

Partindo de uma experiência pessoal e inquietação académica, corroborada por questões evidenciadas na literatura pouco fundamentadas, surgiu a necessidade de investigar cientificamente sobre esta temática: “A Parentificação em Jovens Adultos: Perda, Vinculação e Gratidão na Adulter Emergente”. Tendo em conta que a adulter emergente é uma etapa do ciclo vital apenas recentemente estudada e marcada pela construção da intimidade e autonomia, representando um momento de distanciamento das relações parentais, com especificidade em relação à época sócio cultural em que nos encontramos, considerou-se relevante focar o estudo neste período de vida (Soares, 2009). Para além disso, considerou-se pertinente associar igualmente o fator “perda” na investigação, ou seja, englobar a presença e ausência de perda (por falecimento), neste caso, de uma das figuras parentais (e de vinculação primária), bem como a introdução do fenómeno da parentificação – pouco abordado/estudado em Portugal –, que remete para a substituição parental e inversão de papéis entre pais e filho(s), por exemplo.

Desta forma e tal como se pode verificar na Figura 1, propõe-se a seguinte figura esquemática, no sentido de organizar os conceitos referidos e as suas relações, de modo a facilitar a compreensão do estudo.

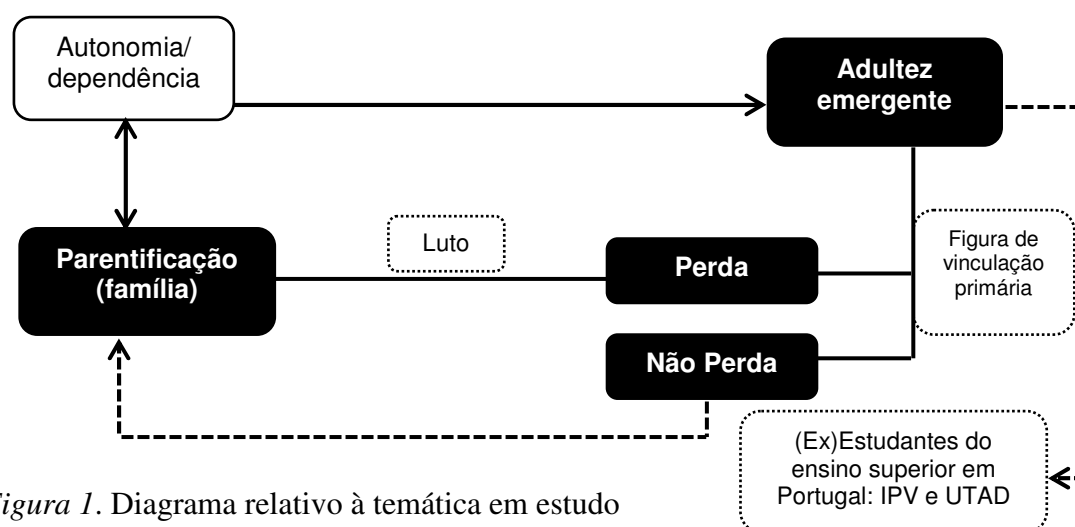


Figura 1. Diagrama relativo à temática em estudo

✉ - Sónia Correia Oliveira, Instituto Piaget/ISEIT – Ensino Universitário, Estrada do Alto do Gaio, 3515-776 Galifonge, Lordosa – Viseu, email-scoliveira.psi@gmail.com

Destaca-se que esta investigação teve vários objetivos, dentre os quais: observar se os sujeitos da amostra indicariam a presença de parentificação, comparando-se os dois grupos no que se refere ao fator “perda”, ou seja, os que sofreram a perda de uma das figuras de vinculação primária (pai ou mãe), com os que não sofreram nenhuma perda em relação às figuras parentais. Assim, salienta-se que o presente artigo se irá focar no ponto abordado, embora este não seja independente em relação aos outros objetivos da investigação.

Tendo em conta a emergência de um contexto sociocultural com características específicas (e.g., o prolongamento da escolaridade; as transformações do mundo laboral; a entrada mais tardia no mercado de trabalho e a insegurança do emprego), surgiu recentemente a necessidade de considerar uma nova etapa de vida, segundo D’Oliveira (2008), de “adulthood emergente” (p. 9).

Neste sentido, Jeffrey Arnett (1994, 1998, 2000, 2004, citado in Mendonça, 2007) propôs recentemente a “Teoria da Adulthood Emergente”, referindo-se a uma etapa do desenvolvimento distinta, entre o fim da adolescência e o início da idade adulta, compreendida entre os 18 e os 30 anos (aceitável), que diz respeito a uma “classe” (p.50) de jovens urbanos, de classe média, a frequentar ou que frequentaram o ensino superior. Segundo o mesmo autor, esta etapa é mais visível nos países industrializados [e.g., América do Norte, Austrália, alguns países asiáticos (como o Japão e a Coreia do Sul) e alguns países da Europa, nomeadamente Portugal.

Salienta-se que segundo Erik Erikson (1902-1994), autor que se debruçou sobre o desenvolvimento psicossocial, a adulthood emergente diz respeito ao 6º estágio, em que a situação crítica crucial para o desenvolvimento do jovem adulto remete para a capacidade de ultrapassar o conflito “intimidade *versus* isolamento”, que assenta na possibilidade de ter superado, durante a adolescência, o conflito entre a busca de identidade e a confusão de papéis (Coslin, 2009).

A crise incide sobre a procura da intimidade com o seu risco corolário que é o do isolamento social ou mais exatamente o da solidão. Deste modo, pode dizer-se que se trata de poder investir, por exemplo, numa relação amorosa, sem recear perder a sua identidade. Ou, no caso do isolamento, da incapacidade de criar uma relação calorosa, amigável ou amorosa com uma pessoa, não permitindo, desta forma, o desenvolvimento de uma vida em casal. Destaca-se que a resolução desta crise irá permitir o investimento numa relação íntima, construtiva, fundada ao amor, favorecendo o desenvolvimento pessoal (Coslin, 2009; Michel & Purper-Ouakil, 2009).

Neste contexto, pode dizer-se que o estabelecimento da autonomia (distanciamento das relações parentais) e de intimidade assumem-se como as tarefas centrais do desenvolvimento do adulto emergente (Amaral, 2008; Andrade, 2010; Soares, 2009). Contudo, segundo Mendonça (2007), os estudos relativos à transição para a idade adulta alertam cada vez mais para uma “menor linearidade e uma certa reversibilidade das transições, antes menos frequente, levando muitos jovens a passarem do sistema do ensino para o mercado de trabalho e voltarem novamente ao primeiro, acompanhadas, por vezes, de entradas e saídas da residência parental” (p. 2). Deste modo, embora nas gerações anteriores existissem igualmente experiências de transição não lineares e pouco convencionais, estas eram mais raras. Um dos aspetos que assume um papel central nestas alterações remete para a precariedade no trabalho, obrigando os jovens a alternar períodos de independência com outros de dependência económica em relação aos pais, devido ao prolongamento dos estudos e ao mercado de trabalho instável e precário, que não lhes proporciona a estabilidade financeira suficiente para serem autossuficientes.

No que se refere à parentificação, destaca-se que é um fenómeno pouco estudado em Portugal. Em 1973, Boszormenyi-Nagy (citado in Houzel, 2005) introduziu o indicado conceito para designar o papel atribuído implicitamente a uma criança de funcionar como “pai dos seus próprios pais ou como pai de um dos seus irmãos e irmãs” (p. 454). Consiste, então, na inversão dos papéis familiares e na desorganização a nível das trocas relacionais entre pais e filhos. Desta forma, a principal causa de disfunção familiar, segundo o mesmo autor, diz respeito à exploração dos membros da família, que se caracteriza por um equilíbrio injusto entre o dar e o receber (Strey, Neto, & Horta, 2007). Segundo o autor supracitado (1973, citado in Afonso, 2009), a parentificação consiste num modo frequente e dominante de relação que pode revelar-se num processo patológico “e a exploração do filho pelos seus pais pode então conduzir a perturbações psicopatológicas, vindo a impedir a maturação e o desenvolvimento psicológico da pessoa parentificada” (p. 45).

Deve focar-se que a ação de um adulto em relação a uma criança no sentido de a transformar numa pessoa cujas exigências são demasiado elevadas para a sua capacidade cronológica, originando uma inversão de papéis, perturba a fronteira intergeracional. Tendo em consideração este facto, pode verificar-se que a parentificação pode ser destrutiva, uma vez que, no momento em que a criança esgota as suas possibilidades de realizar as expectativas dos adultos, em muitos casos absurdas, perde consequentemente, pouco a pouco, a confiança em si mesma. O filho parentalizado passa de uma posição de protegido a uma outra de protetor, por vezes, tornando-se no par afetivo da mãe ou do pai (podendo ter implicações ao nível da autonomização, principalmente na etapa do ciclo de vida abordada, a adultez emergente). Destaca-se, neste contexto, que, tal como indicou Hellinger (1998), não raras vezes se encontra um número maior de filhos parentalizados junto às mães do que aos pais homens. Deste modo, todos os elementos da família sofrem nas situações em que a mesma adota um esquema no qual os filhos se sentem responsáveis pelos pais e os pais esperam dos filhos um comportamento de parceiros adultos, uma vez que estes últimos passam a gozar de uma importância exagerada e inadequada no seio familiar, estando destinados a fracassar, pelo facto de nenhum filho ser capaz de preencher o vazio e a necessidade emocional do pai ou da mãe. Os pais, por sua vez, não conseguem evitar o dualismo de fazer aos filhos o que, na verdade, não gostariam de fazer, através deste processo (Costa & Penso, 2008; Hoch & Rocca, 2007).

Neste contexto, após abordar-se o conceito em si – que foi retomado e aprofundado posteriormente, principalmente por Stierlim, bem como por Minuchim, Rosman e Baker (1998, citado in Costa & Penso 2008) e outros terapeutas familiares –, deve focar-se que a maioria dos pais não estão familiarizados com este fenómeno, sendo que a mesma noção é, inicialmente, com facilidade, sujeita a confusões. Desta forma, deve ter-se em consideração que a inversão de papéis ocorre de distintas formas: por um lado, as crianças são parentificadas quando assumem um número demasiado elevado das responsabilidades de casa, tornando-se claramente numa figura parental na família, nomeadamente, através de ações/funções como tomar conta de bebés ou crianças, limpar a casa, fazer o jantar, disciplinar os irmãos mais novos, entre outras tarefas; por outro lado, essa troca de papéis também pode verificar-se de um modo mais subtil, embora mais comum, quando as crianças assumem a responsabilidade pelo bem-estar emocional de um progenitor, sendo que, nestas situações, os filhos cuidam dos pais em detrimento das suas próprias necessidades.

Neste contexto, destaca-se que, segundo Teyber (1995), por norma, nas famílias saudáveis os adultos cuidam e orientam as crianças e, estas, por sua vez, recebem e obedecem aos mais velhos. Concretamente no caso das famílias de pais divorciados, por

exemplo, bem como viúvos (famílias monoparentais) que funcionam de forma saudável, as mesmas têm claramente fronteiras intergeracionais bem definidas, que separam os assuntos dos adultos, daqueles das crianças. No entanto, por necessidade, estas últimas, de um modo geral, necessitam de responsabilizar-se por um número maior de tarefas domésticas, existindo, muitas vezes, mais intercâmbio emocional entre o progenitor e o filho, do que nas famílias com pai e mãe – as designadas famílias nucleares (Caníço, Bairrada, Rodríguez, & Carvalho, 2010).

Segundo o mesmo autor (1995), os filhos de famílias de pais divorciados “crescem” mais depressa, têm mais tarefas para executar e tomam mais decisões pela família. No entanto, isto não significa que os papéis e responsabilidades de adultos e crianças não se encontram claramente diferenciados neste tipo de famílias, monoparentais saudáveis, com fronteiras intergeracionais bem delimitadas. Quando isto se verifica, o progenitor divorciado continua a desempenhar as funções de chefe de família, nomeadamente, através da organização da casa com rotinas previsíveis, da tomada de decisões, da realização de planos para a família, do estabelecimento de limites e da certificação do cumprimento das normas por parte das crianças. Para além disso, destaca-se que, embora os pais tenham legítimas necessidades de companhia e apoio, estas são supridas primordialmente por pessoas da mesma geração e não pelos filhos, não ocorrendo de parentificação.

Contudo, deve ter-se em consideração que apesar de possível, dificilmente se consegue manter este modelo fundamental de vida familiar após o divórcio, bem como do falecimento de um dos pais, que constituem o subsistema parental, com o surgimento de famílias monoparentais, em detrimento das famílias nucleares. Deste modo, algumas famílias de pais divorciados apresentam problemas quando os papéis do adulto e da criança não se encontram claramente diferenciados, o que significa que a fronteira entre a geração de adultos e crianças fica indiscriminada, tendo os adultos um número excessivo de necessidades supridas pelas crianças: os mais novos assumem tantas responsabilidades de adultos, ou tentam suprir tantas necessidades dos seus pais, que os papéis de progenitor e de filho se invertem, dando origem ao fenómeno anteriormente definido, a parentificação (Teyber, 1995). Desta forma, destaca-se que Teyber (1995) resume o processo de parentificação nas três seguintes formas de expressão: (1) quando as crianças dão segurança e controlo aos pais; (2) quando suprem as suas necessidades de intimidade e proximidade; ou, (3) quando orientam a casa e se transformam nas principais responsáveis pelos irmãos mais novos.

Para além disso, revela-se de extrema pertinência focar que, também nas situações específicas de perda (por falecimento), face ao sofrimento parental, muitas crianças tomam atitudes e comportamentos de proteção em relação ao enlutado que está deprimido, com o objetivo de diminuir o seu sofrimento, tornando-se o progenitor do seu próprio pai ou mãe. Neste sentido, destaca-se que a perda pode levar, por vezes, a uma desorganização da personalidade parental, influenciando o campo interativo a nível comportamental, afetivo e fantasmático, trazendo uma desorganização a nível das trocas relacionais entre pais e filhos. Perante tal sofrimento, a criança adota atitudes no sentido de diminuir a dor parental, economizando qualquer dúvida ou questionamento para não trazer mais sequelas ao pai “vivo” (Bayle & Martinet, 2008; Caníço et al., 2010).

Porém, deve ter-se em consideração que a parentificação ocorre quando se ultrapassa um limite e as crianças passam a suprir uma parcela demasiado grande das necessidades e responsabilidades dos pais, transformando-se em pseudoadultas e confidentes destes, sendo descritas inúmeras vezes como perfeitas, mas sofrendo consequências adversas a longo prazo (Teyber, 1995).

Assim, embora a literatura quanto a este fenómeno seja escassa e não se refira diretamente a adultos ou, mais precisamente, a jovens adultos, considera-se que, perante a perda de uma das figuras parentais ou figuras de vinculação primária, também na adultez emergente se possa verificar, em muitas ocasiões, a presença de parentificação – assim como em jovens provenientes de famílias nucleares ou monoparentais (devido a outros motivos que não a perda por falecimento, tal como um divórcio ou separação) –, enquadrando-se nos mesmos moldes da que ocorre nas crianças e tendo consequências semelhantes, dado ser uma etapa na qual existe, geralmente, a procura da intimidade e da autonomia em relação aos pais (Caníço et al., 2010).

Em relação à perda, deve referir-se que existem diferentes tipos, diferindo a sua natureza e impacto: umas não apresentam uma elevada importância (e.g., perda de um objeto ou de uma oportunidade); outras têm um elevado impacto emocional (e.g., perda de alguém de quem se gosta) (Canavarró, 2004; Delilabera, 2010).

Neste contexto, destaca-se que a perda é um processo de transição que obriga as pessoas a adaptarem as suas conceções sobre o mundo e sobre si próprias (Canavarró, 2004; Delilabera, 2010).

Um conjunto de estudos têm vindo a demonstrar que as perdas mais relevantes, do ponto de vista do impacto psicológico, são as que ocorrem no contexto de relações muito significativas, dando origem ao que psicologicamente se designa por luto. As outras, menos importantes, causam emoções desagradáveis mas não implicam acomodações significativas nos esquemas prévios do sujeito. Assim, as perdas relacionais incluem como resposta habitual, o luto e, como elemento central, o desejo do regresso da pessoa perdida, por parte do sujeito enlutado (Bowlby, 1993; Canavarró, 2004; Silva, 2004).

Também Walsh e McGoldrick (1998, citados in Fujisaka, 2009) salientam que, quanto maior era a importância da pessoa para a vida da família e quanto mais central o seu papel no funcionamento da mesma, maior a perda. Neste contexto, destaca-se que, mais especificamente, a morte de um progenitor pode ser um forte golpe no equilíbrio emocional da criança, tal como refere Fujisaka (2009), podendo configurar-se numa das experiências mais marcantes que esta pode vivenciar.

Por sua vez, Domingos e Maluf (2003) indicam que a perda de um dos pais na adolescência pode comprometer o processo de aquisição da independência e da autonomia adulta pelo jovem. Deste modo, perante a ausência irreversível de um vínculo provedor de sustentação, a criança ou jovem depara-se com sentimentos de desamparo e impotência. Ainda que, em muitas situações, tenha o pai sobrevivente próximo dela, muitos cônjuges enlutados têm dificuldades em dar o suporte necessário aos filhos, uma vez que também se encontram em sofrimento (Fujisaka, 2009; Silva, 2004).

Assim, a pertinência deste estudo remete para os conceitos e, sobretudo, relações que possam existir entre eles, acreditando-se que seja possível obter informações pertinentes que permitam amplificar o espetro do conhecimento científico nesta área e possibilitem enriquecer as intervenções efetuadas no âmbito da psicologia.

Deste modo, recorreu-se ao método de investigação quantitativa para a elaboração da investigação, nomeadamente, à análise descritiva [estudo do tipo descritivo, tal como referido por Fortin (2009)], de modo a obterem-se conclusões referentes ao objetivo da investigação: descrever e caracterizar a amostra (composta por jovens adultos portugueses) no que remeteu para a perceção de parentificação. Pretendeu-se, desta forma, responder à seguinte questão de investigação: de que forma está presente a perceção de parentificação na nossa amostra?

MÉTODO

Participantes

A população alvo do presente estudo (da qual foi retirada uma amostra) refere-se aos jovens adultos de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, que frequentam ou frequentaram o ensino superior em Portugal. Destaca-se que se recorreu à amostragem não probabilística ou não aleatória, nomeadamente, a dois dos seus subtipos: conveniente e propagação geométrica (Fortin, 2009).

Assim, após realizar o processo necessário, foi possível constituir uma amostra com 60 jovens adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, que sofreram ou não a perda de uma figura de vinculação primária, sendo estudantes ou ex-estudantes do ensino superior em Portugal, nomeadamente, das duas seguintes instituições: Instituto Piaget de Viseu – IPV (privada) – e Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro – UTAD (pública). Destes, irão ter-se em consideração para a amostra do presente artigo 27 participantes, remetendo para os que indicaram a presença de parentificação.

Por fim, destaca-se que se constituíram dois grupos distintos, ou seja, duas amostras independentes, tendo em consideração o fator “perda”: por um lado, uma composta pelos sujeitos que não sofreram a perda de uma das figuras de vinculação primária (pai ou mãe); e, por outro lado, outra composta pelos indivíduos que sofreram a perda de uma das figuras de vinculação primária, a mãe ou o pai (Maroco, 2003).

Tal como se pode verificar no Quadro 1 – que representa o perfil da amostra geral em estudo –, a mesma é composta por 60 sujeitos, que são na sua maioria do sexo feminino (80,0%).

Em relação à idade dos participantes no estudo, esta varia entre os 18 anos e os 30 anos, critérios de seleção por estarmos a estudar jovens adultos. Destaca-se que existe na nossa amostra um predomínio de frequências entre os 21 anos e os 25 anos de idade.

No que se refere à sua situação atual no ensino superior, a maioria dos sujeitos são estudantes (68,3%), encontrando-se à procura do primeiro emprego na área de estudos/formação (57,9%).

Destaca-se ainda que, no que concerne à instituição de ensino superior frequentada (atualmente ou no passado), a maior parte dos sujeitos (66,7%) indicaram o IPV – destes 65,0% são estudantes e 35,0% são ex-estudantes –, enquanto 33,3% referiram a UTAD – dos quais 75,0% são estudantes e 25,0% são ex-estudantes. Ao nível do grau académico, a maioria dos sujeitos (63,3%) frequentam/frequentaram uma Licenciatura.

Quando questionados sobre por quem foram criados desde a infância, a quase totalidade da amostra (91,7%), indicaram os “pais biológicos” como opção.

No que se refere à situação conjugal atual dos pais, destaca-se que 48,3% dos sujeitos da amostra têm os pais casados ou em união de fato e 45,0% estão na situação de viuvez.

No que diz respeito a uma das questões primordiais do questionário sócio demográfico, a existência de perda de um dos pais com quem viveram desde a infância, metade dos sujeitos da amostra (50,0%) responderam afirmativamente, por oposição à outra metade (50,0%). Dos que indicaram ter sofrido a perda de uma das figuras parentais, 70,0% referiram ter sido o pai. Quanto ao tempo decorrido após a perda, 60,0% indicaram um período “de zero a cinco anos”.

Quanto à presença do fenómeno da parentificação (sua perceção), verificou-se que, de um modo geral, os sujeitos da amostra não sentem que funcionam como pai/mãe do(a) seu(sua) próprio(a) pai/mãe ($n=33$; 55,0%). Por oposição, 45,0% responderam de forma afirmativa. Dos 33 sujeitos acima indicados: 66,7% referiram que os pais são

“casados/vivem em união de facto” e 30,3% indicaram o ser “viúvo(a)”. Relativamente aos irmãos, a maioria dos sujeitos da amostra (85,0%) respondeu afirmativamente. A propósito do número de irmãos, 62,7% dos mesmos tem apenas um irmão, com “mais de 25 anos” (43,1%). No que se refere à morada oficial, a maior parte dos sujeitos vive com os pais, destacando-se: 20,0% a viver com os “pais”; 11,7% com a “mãe”; 21,7% com os “pais e irmão(s)”; e 16,7% com a “mãe e irmão(s)”.

Quadro 1
Caraterização do perfil da amostra

Dados sociodemográficos / Estatística descritiva		N = 60			
		n	Frequência (f) (em %)	Moda	Mediana (Mdn)
Género	Feminino	48	80,0%	Feminino	-
Idade (anos)	21	11	18,3%	21 e 23 anos	23 anos
	22	7	11,7%		
	23	11	18,3%		
	24	8	13,3%		
	25	8	13,3%		
Situação atual	Estudantes	41	68,3%	Estudantes	-
	Ex-estudantes	19	31,7%		
3.1 Qual a situação atual	À procura do 1º emprego na área	11	57,9%	À procura do 1º emprego	-
	Ingressaram no mundo laboral na área	6	31,6%		
	Desistiram do curso	2	10,5%		
4. Instituição de ensino superior e estudantes/ex-estudantes	IPV	26	65,0%	IPV e Estudantes	-
	Estudantes	14	35,0%		
	UTAD	15	75,0%		
	Ex-estudantes	5	25,0%		
5. Grau académico	Licenciatura	38	63,3%	Licenciatura	-
	Mestrado	20	33,3%		
	Outro	2	3,3%		
6. Por quem foi criado	Pais biológicos	55	91,7%	Pais biológicos	-
7. Situação conjugal dos pais	Casados ou em união de facto	29	48,3%	Casados ou em união de facto	-
	Viúvo(a)	27	45,0%		
8. Perda de um dos pais	Sim	30	50,0%	Sim e não	-
	Não	30	50,0%		
8.1 Qual dos pais	Pai	21	70,0%	Pai	-
	Mãe	9	30,0%		
8.2 Há quanto tempo	De 0 a 5 anos	18	60,0%	De 0 a 5 anos	De 0 a 5 anos
9. Parentificação	Sim	27	45,0%	Não	-
	Não	33	55,0%		
10. Presença de irmãos	Sim	51	85,0%	Sim	-
	Não	9	15,0%		
10.1 Quantos	Um irmão	32	62,7%	Um irmão	Um
10.2 Com que idades	Entre 11 e 17 anos	14	27,5%	Mais de 25 anos	Entre 18 e 25 anos
	Entre 18 e 25 anos	11	21,6%		
	Mais de 25 anos	22	43,1%		
11. Morada oficial	Pais	12	20,0%	Pais e irmão(s)	-
	Mãe	7	11,7%		
	Pais e irmão(s)	13	21,7%		
	Mãe e irmão(s)	10	16,7%		
13. Morada académica	Amigos(as)	22	36,7%	Amigos(as)	-

Por fim, quanto à morada académica (durante o período de aulas), a maioria dos sujeitos da amostra (36,7%) referiu viver com os(as) “amigos(as)”.

Material

Para recolher os dados pretendidos e necessários à investigação descritiva, recorreu-se a um Questionário Sócio Demográfico – QSD (elaborado tendo em conta as características classificatórias consideradas pertinentes para a caracterização da amostra). O levantamento de dados no âmbito da questão de investigação foi realizado a partir da pergunta “Sente que, muitas vezes, funciona como pai/mãe do(a) seu(sua) próprio(a) pai/mãe?”, baseada no conceito de “parentificação”, definido originalmente pelo autor Boszormenyi-Nagy (1973, citado in Houzel, 2003).

Procedimento

Para a concretização do presente estudo, foi necessário recorrer a um conjunto de procedimentos:

- Tratamento das burocracias relativas à investigação:

- a. Elaboração do QSD;
- b. Elaboração do pedido de Consentimento Informado para os estudantes do ensino superior que participariam no estudo;
- c. Elaboração e envio dos pedidos de autorização às instituições de ensino superior portuguesas (representantes do ensino público e privado a nível nacional);

- Destaca-se que no caso do IPV considerou-se pertinente, após obtenção da devida autorização, face a ser frequentado por nós, efetuar a aplicação dos questionários em formato papel, no terreno. Esta opção permitiu o esclarecimento de dúvidas aos sujeitos quanto a algumas questões do protocolo, bem como, verificar imprecisões (através dos mesmos) e corrigi-las, reajustando-se algumas questões presentes no QSD – funcionando como um estudo piloto.

- Utilização do questionário *online*, designado *encuesta fácil*, disponibilizado pelo Instituto Piaget;

- Elaboração/organização do protocolo de investigação *online* (<http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1290953>), constituído pelos seguintes documentos: pedido de Consentimento Informado aos estudantes do ensino superior que participarem no estudo, QSD e restantes instrumentos que compuseram o estudo total (QVPM e EG-6).

- Deve ainda salientar-se que foram contempladas as questões éticas relativas ao previsto no processo de investigação;

- O grupo homogéneo foi obtido tendo em conta as características sociodemográficas em estudo, específicas dos sujeitos “com perda”: pelo facto de se terem apenas 30 sujeitos neste grupo, tiveram de seleccionar-se, entre os muitos participantes na investigação do grupo “sem perda”, os que apresentavam um maior número de semelhanças com os primeiros;

- Os dados obtidos foram trabalhados numa base de dados elaborada criteriosamente para o efeito, com o recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences 17.0* (SPSS 17.0), para a dimensão em estudo, utilizando-se a análise estatística descritiva.

RESULTADOS

Descrição do fenómeno da parentificação

Com base na estatística descritiva, passamos a caracterizar o fenómeno da parentificação (sua perceção) na amostra do presente estudo (ver quadro 2), de modo a

delinear um esboço do perfil dos sujeitos que referiram sentir que, muitas vezes, funcionam como pai/mãe do(a) seu(sua) próprio(a) pai/mãe.

Quadro 2

Caraterização do fenómeno da parentificação (sua percepção) na amostra

Caracterização do grupo com parentificação/ Estatística descritiva		Amostra N total = 27			
		n	f(em %)	Moda	Mdn
1. Perda de um dos pais	Sim	19	70,4%	Sim	-
1.1 Qual dos pais	Pai	12	63,2%	Pai	-
	Mãe	7	36,8 %		
1.2 Há quanto tempo	De 0 a 5 anos	13	68,4%	De 0 a 5 anos	De 0 a 5 anos
2. Sexo	Masculino	5	18,5%	Feminino	-
	Feminino	22	81,5%		
Nota: nos casos de perda	Feminino	16	84,2%	Feminino	-
3. Idade (anos)	21	4	14,8%	25 anos	24 anos
	22	4	14,8%		
	23	3	11,1%		
	25	5	18,5%		
4. Situação atual	Estudantes	14	51,9%	Estudantes	-
	Ex-estudantes	13	48,1%		
4.1 Qual a situação atual	À procura do 1º emprego na área	6	46,2%	À procura do 1º emprego	-
	Ingressaram no mundo laboral na área	5	38,5%		
5. Sit. conjugal dos pais	Viúvo(a)	17	63,0%	Viúvos	-
6. Irmãos	Sim	21	77,8%	Sim	-
6.1 Com que idades	Mais de 25 anos	10	47,6%	Mais de 25 anos	Entre 18 e 25 anos
7. Morada oficial	Pais	4	14,8%	Mãe	-
	Pai	4	14,8%		
	Mãe	5	18,5%		
	Mãe e irmão(s)	4	14,8%		

Para a referida caraterização, iniciou-se pela distinção entre os sujeitos que sofreram e não sofreram a perda de um dos pais: dos 27 que responderam afirmativamente à questão da inversão de papéis familiares, apenas 29,6% dos sujeitos não sofreram a perda de uma das figuras parentais, por oposição aos 70,4%, que perderam um dos pais. Destes últimos, a maioria ($n=12$; 63,2%) indicou ter perdido o pai. Quanto ao tempo decorrido após o falecimento, a maioria dos sujeitos ($n=13$; 68,4%) referiu um período de zero a cinco anos.

No que diz respeito ao sexo, de um modo geral, apenas cinco rapazes (18,5%) referiram a troca de papéis familiares, sendo os restantes sujeitos (81,5%) do sexo feminino. Concretamente nos casos de perda, com a percepção de parentificação, a maioria dos sujeitos ($n=16$; 84,2%) também são do sexo feminino.

Quanto à idade, a maioria (18,5%) tem 25 anos de idade, destacando-se que o predomínio das frequências se encontra entre os 21 anos e os 25 anos de idade.

Para além disso, quanto à sua situação atual no ensino superior: 51,9% são estudantes e 48,1% são recém ex-estudantes. Destes últimos: 46,2% encontram-se à

procura do primeiro emprego na sua área de formação e 38,5% ingressaram recentemente (até um ano) no mundo laboral na sua área de estudos.

Quanto à situação conjugal dos pais, dos 27 sujeitos que referiram sentir-se parentificados, a maioria (63,0%) indicou o ser “viúvo(a)”.

Relativamente ao ter irmãos, a maioria dos sujeitos da amostra (77,8%) respondeu afirmativamente. No que diz respeito à idade dos irmãos, a maioria dos jovens adultos (47,6%) indicou terem mais de 25 anos de idade.

Quanto à morada oficial, a maioria dos sujeitos vive com pelo menos um dos pais, salientando-se que: 14,8% vivem com os “pais”; 14,8% com o “pai”; 18,5% com a “mãe”; e, 14,8% com a “mãe” e “irmão(s)”.

DISCUSSÃO

Como se pôde verificar na apresentação dos resultados, no que diz respeito à perceção de parentificação, dos sujeitos que referiram “sentir na pele”, muitas vezes, uma inversão dos papéis familiares (tomando o papel do pai ou mãe), face à situação conjugal atual dos pais a maior parte indicou a viuvez como opção (63,0%), reportando para famílias monoparentais, segundo Caniço, Bairrada, Rodríguez, e Carvalho (2010). Portanto, constata-se que a maioria dos sujeitos que referiram sentir-se parentificados sofreu a perda de um dos pais (70,4%) e, destes, uma grande parte (68,4%) num período recente – de zero a cinco anos.

Segundo a teoria de Boszormenyi-Nagy (1973, citado in Strey et al., 2007), a principal causa de disfunção familiar diz respeito à exploração dos membros da família, que se caracteriza por um equilíbrio injusto entre o dar e o receber e, apesar do fenómeno da parentificação poder ocorrer em qualquer tipo de família, tal como indicam Strey, Neto, e Horta (2007) e se verificou nos sujeitos desta amostra, o mesmo parece ocorrer, por norma, nos casos de famílias monoparentais, nomeadamente devido à perda de uma das figuras parentais.

Tal como referiu Teyber (1995), existem famílias nucleares, mas sobretudo, monoparentais saudáveis, onde este fenómeno não se verifica – como também se pode observar nos restantes sujeitos que constituem a amostra e referiram não se sentirem parentificados, mas tendo igualmente sofrido a perda de um dos pais. Porém, a maioria dos sujeitos que não referiu a perceção de parentificação (66,7%) não sofreu a perda de um dos pais (famílias nucleares), sendo estes casados ou vivendo em união de facto, por oposição a apenas 33% dos casos, que remetem para casos de perda (sendo a maioria dos pais viúvos, aludindo a famílias monoparentais).

O mesmo autor (1995) também refere que, apesar de possível, se revela difícil no seio das famílias monoparentais conseguir manter o modelo fundamental de vida familiar, especificamente, após o divórcio (ou separação), uma vez que, por necessidade, as crianças necessitam de se responsabilizar por um número maior de tarefas domésticas, ocorrendo mais intercâmbio emocional entre o progenitor e o filho, do que nas famílias com pai e mãe. Especificamente em relação às famílias monoparentais por falecimento de um dos pais (subsistema parental), casos mais frequentes na amostra deste estudo, segundo alguns autores: face ao sofrimento parental, muitas crianças tomam atitudes e comportamentos de proteção em relação ao enlutado que está deprimido, com o intuito de diminuir o seu sofrimento, invertendo-se os papéis, uma vez que a perda pode levar, por vezes, a uma desorganização da personalidade parental, trazendo uma desorganização a nível das trocas relacionais entre pais e filhos (Bayle & Martinet, 2008; Caniço et al., 2010).

Para além disso, no nosso estudo verificou-se que a maioria dos sujeitos que referiram sentir-se parentificados são do sexo feminino (81,5%), o que também se verifica nos casos específicos de perda (84,2%), embora não se tenham encontrado dados teóricos que apóiem este facto (note-se que a amostra é composta por 80% de mulheres). Para além disso, não sendo possível identificar a qual das figuras parentais (ou se a ambas) se encontram parentalizados os filhos e sujeitos constituintes da amostra que não sofreram a perda de um dos pais e indicaram a presença de parentificação, é possível verificar-se este fenómeno em relação ao pai ou mãe, especificamente no grupo “com perda”. Desta forma, foi possível observar que, na maior parte das situações de perda, os filhos parentalizados, se encontram em maior número junto das mães, o que confirma o referido por Hellinger (1998) – apesar de existirem mais casos de perda do pai na nossa amostra.

Outro aspeto verificado tem a ver com o facto de os sujeitos que dizem sentir-se parentificados terem irmãos, na maioria dos casos (77,8%), encontrando-se estes últimos: em 28,3% das situações na mesma etapa do ciclo de vida (adulthood emergente) dos inquiridos; ou, em 47,6% na adulthood (idade superior a 25 anos de idade), tendo em conta que a maior parte dos sujeitos da amostra tem até 25 anos de idade – deste modo, constata-se igualmente que estes últimos não correspondem, na maior parte dos casos, ao filho primogénito. Para além disso, segundo Hellinger (1998), a inversão de papéis familiares pode ocorrer entre pais e mais do que um filho simultaneamente, no mesmo seio familiar [apesar do estudo não permitir identificar se os sujeitos consideram que o(s) irmão(s) também se sentem parentificados], atribuindo-se o papel parental a um ou mais filhos. Deve ainda focar-se que a parentificação pode ocorrer perante os irmãos, tal como indica Boszormenyi-Nagy (citado in Houzel, 2005), podendo deixar-se este ponto em aberto como uma questão a ser investigada em próximos estudos (Costa & Penso, 2008; Strey et al., 2007).

Convém também destacar que, tal como referido anteriormente, segundo Boszormenyi-Nagy (1973, citado in Afonso, 2009), a parentificação consiste num modo frequente e dominante de relação que pode revelar-se num processo patológico “e a exploração do filho pelos seus pais pode então conduzir a perturbações psicopatológicas, vindo a impedir a maturação e o desenvolvimento psicológico da pessoa parentificada” (p. 45).

Neste sentido, tendo a maioria dos sujeitos até 25 anos de idade (74,1%), para além de cerca de metade dos mesmos serem estudantes e a outra ex-estudantes (encontrando-se metade destes últimos à procura do primeiro emprego e, apesar de a outra metade ter entrado recentemente no mundo do trabalho), não descurando o facto de se ter verificado que a maioria vive ainda com pelo menos um dos pais, de um modo geral (em 82,5% dos casos) – entre outros familiares –, conclui-se que os sujeitos da nossa amostra são ainda bastante dependentes dos pais, pelo menos no que diz respeito à sua total independência, devido, por exemplo, à sua fraca estabilidade financeira.

Desta forma, pode considerar-se que o fenómeno de parentificação, na adulthood emergente, período com as suas características específicas (e.g., estabelecimento de intimidade e de autonomia), poderá agravar ainda mais as dificuldades sentidas na autonomização e independência dos filhos (distanciamento das relações parentais), apesar de não se terem dados que permitam obter uma conclusão quanto a esta questão (Amaral, 2008; Andrade, 2010; Mendonça, 2007).

Apesar da escassa literatura a este propósito e nesta fase do ciclo de vida, considera-se que, perante a perda de uma das figuras parentais, também na adulthood emergente se possa verificar a presença deste processo, o que a presente investigação realça, enquadrando-se *a priori* nos mesmos moldes da que ocorre nas crianças e podendo ter

igualmente consequências para os filhos parentificados, dado ser uma etapa na qual existe, fundamentalmente, a busca da autonomização e de intimidade e a procura da independência em relação às figuras parentais.

Após a elaboração da investigação e análise/interpretação dos resultados obtidos são mencionadas seguidamente as principais conclusões verificadas, bem como algumas limitações, perspetivas de investigação futura e propostas de intervenção. Na tentativa de verificar se existiam diferenças quanto à perceção de parentificação expressa, entre os sujeitos dos grupos “com perda” e “sem perda” e de caracterizar o grupo de sujeitos parentificados da amostra, foi possível com este estudo verificar que: (1) é menos frequente ocorrer parentificação em sujeitos inseridos em famílias nucleares, em comparação com famílias monoparentais; (2) as famílias monoparentais remetem no presente estudo maioritariamente para casos de perda de um dos pais; (3) a maioria dos sujeitos da amostra que referiram sentir-se parentificados são do sexo feminino, o que se também verifica nos casos de perda; (4) como sugeriu Hellinger (1998), se encontrou na nossa amostra um maior número de filhas parentalizadas junto das mães quanto ao grupo “com perda”; (5) na maior parte dos casos os sujeitos têm irmãos e, por norma, estes são mais velhos, não se tratando de filhos primogénitos.

Com base na questão da parentificação, consideramos existirem algumas limitações a sublinhar e a propor para estudos futuros, tais como: (1) não se terem questionado os sujeitos, do grupo “sem perda”, para qual dos pais ou se para ambos referiam a perceção de parentificação; (2) não se ter neste estudo um número semelhante de sujeitos com perda do pai (70%) e da mãe (30%); e, (3) a reduzida amostra de sujeitos com parentificação.

Tendo em conta que se verificou que a parentificação também está presente na adultez emergente e não apenas na infância (uma vez que os autores encontrados que abordam esta temática se cingem à mesma), será pertinente investigar futuramente a seguinte questão: terá a parentificação contornos de afetar a já tardia saída de casa dos pais, com base no facto de os jovens adultos se dedicarem mais anos aos estudos e existir uma precariedade cada vez maior no trabalho? Tal como indicou Mendonça (2007), alternando períodos de independência com outros de dependência económica em relação aos pais. Ou será a tardia saída de casa dos pais a implicar o fenómeno em causa (nos dois grupos)?

Para além disso, sugerem-se ainda outras investigações futuras: (1) estudos para verificar este processo, bem como outras dimensões (e.g., os recursos familiares, o luto), entre sujeitos de famílias de pais divorciados/separados “sem perda” e “com perda” (famílias monoparentais); (2) estudos que avaliem a forma de expressão do processo de parentificação, das três indicadas por Teyber (1995) [(a) dar segurança e controlo aos pais; (b) suprir as suas necessidades de intimidade e proximidade; (c) orientar a casa e ser o responsável pelos irmãos mais novos]; (3) estudos que avaliem o processo de parentificação na fratria; (4) estudos que verifiquem se existe uma relação entre o tempo decorrido após a perda e a parentificação (e.g., quanto maior ou menor, mais ou menos parentificação?); (5) estudos que verifiquem se o facto de os jovens adultos, em período de transição da adolescência para a adultez emergente, perderem um dos pais, poderá comprometer o processo de desenvolvimento da independência e autonomia adulta pelo jovem tal como referiram Domingos e Maluf (2003).

Assim, considerou-se pertinente estudar este processo uma vez que, segundo Boszormenyi-Nagy (1973, citado in Afonso, 2009), a parentificação consiste num “modo habitual e prevalente de relação; ela torna-se num processo patológico e a exploração do filho pelos seus pais pode então conduzir a perturbações psicopatológicas, vindo a impedir a maturação e o desenvolvimento psicológico da pessoa parentificada”

(p. 45), invertendo-se os papéis entre pais e filhos. A conjugalidade, enquanto modelo de funcionamento relacional não se revela como espaço de apoio ao desenvolvimento do sistema familiar, mas pelo contrário, prejudica-o (Costa & Penso, 2008; Hellinger, 1998; Strey et al., 2007).

Deste modo, pode verificar-se que a parentificação pode ser destrutiva, uma vez que, no momento em que a pessoa esgota as suas possibilidades de realizar as expectativas dos adultos (e.g., pais), muitas vezes absurdas, perde consequentemente a confiança em si mesma. Por este motivo, considera-se extremamente relevante estudar este fenómeno nos jovens adultos portugueses, assim como em crianças e adolescentes, uma vez que representam etapas do ciclo de vida marcadas por um conjunto de desafios que poderão ser dificultados devido a este processo e ao modelo subjacente de funcionamento familiar. (Costa & Penso, 2008; Hellinger, 1998; Hoch & Rocca, 2007)

Neste contexto, é a nosso ver pertinente estabelecer futuramente um programa de prevenção destas situações, bem como de intervenção psicoterapêutica (individual e sistémica). Considera-se também essencial recorrer ao método de investigação qualitativa, de modo a aprofundar os conhecimentos acerca da temática da parentificação, atualmente pouco estudada em Portugal. Finalmente, quem sabe investigações futuras possam responder às questões colocadas ao longo deste trabalho, esperando que o mesmo tenha servido como incentivo ao estudo da parentificação no nosso país, nomeadamente na adultez emergente, e suscitado interesse na prossecução e investimento em estudos cada vez mais aprofundados nesta área.

Antes de concluir e tal como referiu Augusto Branco, “agradecer o bem que recebemos é retribuir um pouco do bem que nos foi feito”. Desta forma, gostaria de agradecer a um conjunto de pessoas, sem as quais este trabalho de investigação não seria possível: a todos os participantes nesta investigação, estudantes e ex-estudantes do IPV e da UTAD (sem esquecer todos aqueles que divulgaram o estudo junto dos colegas); à presidente do *Campus* de Viseu do Instituto Piaget e ao reitor da UTAD, que permitiram a participação dos respetivos estudantes na investigação; à Professora Doutora Fátima Feliciano, orientadora da Dissertação de Mestrado, que me acompanhou no percurso académico e continua a acompanhar; ao meu amigo Nuno, pelo tempo despendido na tradução do resumo para inglês; à minha família, ao Pedro e, em especial, ao meu Pai, pelo apoio e amor incondicionais. Nunca esquecendo a minha Mãe, que embora não esteja presente fisicamente, estará com certeza a apoiar-me em todos os meus sucessos.

REFERÊNCIAS

- Afonso, R. (2009). *Gravidez na adolescência: Crise, resposta familiar e bem-estar emocional* (Dissertação de mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/849/1/20057_ulsddep.17851_td.pdf
- Amaral, A. (2008). *Adulto emergente: Simbiose entre características pessoais e características do contexto para o flourishing e bem-estar associado* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- American Psychological Association – APA (2012). *Manual de publicação da APA*. Porto Alegre: Editora Penso.
- Andrade, C. (2010). *Trabalho e família na transição para a idade adulta*. Porto: Legis Editora.
- Bayle, F., & Martinet, S. (2008). *Perturbações da parentalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1993). *Perda - Tristeza e depressão*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

- Canavarro, M. (2004). Vinculação, perda e luto: implicações clínicas. *Psychologica*, 35, 35-47.
- Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E., & Carvalho, A. (2011). *Novos tipos de família: Plano de cuidados*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Coslin, P. (2009). *Psicologia do adolescente*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, L., & Penso, M. (2008). *A transmissão geracional em diferentes contextos – da pesquisa à intervenção*. São Paulo: Summus Editorial.
- Delalibera, M. (2010). *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder (PG-13)* (Dissertação de mestrado). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2255/1/597476_Tese.pdf
- D'Oliveira, T. (2008). “*Stress em linha*”: *Programa de intervenção no ensino superior* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1036/1/2009001288.pdf>
- Domingos, B., & Maluf, M. (2004). Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 3, 577-589.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Editora Lusodidacta.
- Fujisaka, A. (2009). *Vivência de luto em adultos que perderam a mãe na infância* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-15122009-093804/pt-br.php>
- Hellinger, B. (1998). *A simetria oculta do amor – Porque o amor faz os relacionamentos darem certo*. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix.
- Hoch, L., & Rocca, S. (2007). *Sofrimento, resiliência e fé - Implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Editora Sinodal.
- Houzel, D. (2005). Influência de fatores familiares sobre a saúde mental de crianças e de adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3, 443-479.
- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mendonça, M. (2007). *Processo de transição e percepção de adultez: análise diferencial dos marcadores identitários em jovens estudantes e trabalhadores* (Dissertação de Mestrado). Retirado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19904/2/34484.pdf>
- Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2009). *Personalidade e desenvolvimento: do normal ao patológico*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, M. (2004). *Processo de luto e educação* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/926/1/Processos%20de%20Luto%20e%20Educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Strey, M. Neto, J., & Horta, R. (2007). *Família e gênero*. Porto Alegre : Edipucrs Editora.
- Teyber, E. (1995). *Ajudando as crianças a conviver com o divórcio*. São Paulo: Nobel Editora.

IMPLICAÇÕES DAS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Matheus Viana Braz e Nelson Silva Filho ✉

Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, estado de São Paulo
– Brasil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001) estima que aproximadamente 450 milhões de pessoas sofram de transtornos mentais ou comportamentais em todo o mundo. O Banco Mundial estima um aumento de 10,5% em 1990 para 14,7% em 2020 de pacientes com transtornos mentais. Tal aumento é estimado em maior número em países em desenvolvimento, como sugere Campos, et al. (2008).

Nota-se, ademais, que alguns sintomas psiquiátricos estão associados com comportamentos de risco, limitando a capacidade de tal população adquirir e aplicar habilidades sociais de prevenção ao HIV, Collins (2006) e Vanable, et al. (2007). Durante um episódio de mania, por exemplo, o indivíduo fica sujeito a diversos comportamentos de risco para o HIV, devido à hipersexualidade, impulsividade e outros sintomas maníacos Meade, Graff, Griffin e Weiss (2008) Transtornos severos de ansiedade afetam a consciência e intenções, interferindo nos comportamentos de risco, segundo Guimarães, et al. (2010); e a percepção pobre da realidade, instabilidade afetiva e impulsividade, são fatores clínicos que também desempenham um papel significativo em tais comportamentos (Grassi, et al., 2001). McKinnon et al. (1996) constataram em uma amostra de 178 indivíduos, que pacientes psiquiátricos com maiores sintomas positivos tinham quase três vezes mais chances de ter múltiplos parceiros sexuais do que os outros pacientes com outros sintomas; sexo comercial foi três vezes mais provável entre os pacientes com esquizofrenia do que entre os indivíduos com outros diagnósticos. Já Guimarães, et al. (2010), em um estudo realizado no Brasil com uma amostra de 2.475 indivíduos, indicaram que pacientes diagnosticados com ansiedade ou depressão apresentaram maior prevalência de sexo inseguro, em comparação com aqueles com diagnósticos mais graves (esquizofrenia e transtornos bipolares).

Del Porto (1999), ao fazer uma revisão do conceito de depressão, aponta algumas das muitas dificuldades e implicações do uso do conceito. Entre as dificuldades listadas estão àquelas impostas pelos diferentes sistemas de diagnóstico, seja na *Classificação Internacional das Doenças*, da Organização Mundial da Saúde- C.I.D.-10 ou no D.S.M.IV-R. proposto pela Associação Americana de Psiquiatria. Diz o autor: “O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).” (pag.6) Enquanto nas depressões predominam sentimentos de tristeza, isto nem sempre é verdadeiro e as manifestações estão expressas de formas diferentes:

✉ - Matheus Viana Braz, Av. Dom Antônio, 2100, Pq. Universitário, CEP: 19806-900, Assis, São Paulo, Brasil ,
email- nelson.silva.filho1@gmail.com

perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. Alguns autores, enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor.... No diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos; fisiológicos; e evidências comportamentais (p. 7).

Meade e Sikkema (2005) sugerem que alguns sintomas psiquiátricos contribuem para a incapacidade de se proteger contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, para estilos de vida socialmente isolados e uma situação financeira instável. Esta instabilidade e a pobreza estão associadas com o risco aumentado através do mecanismo de comércio de sexo.

Guimarães, et al. (2010) indicaram que em sua amostra ($n = 2475$), metade dos indivíduos tinham menos de cinco anos de escolaridade, 17,9% não eram capazes de ler ou escrever e 35% tinham renda familiar mensal inferior ao salário mínimo brasileiro. O objetivo do estudo é realizar levantamento de dados acerca de tempo de tratamento, diagnóstico psiquiátrico, medicamentos psiquiátricos e variáveis sócio-demográficas

MÉTODO

Participantes

Foram inspecionadas e tabuladas informações referentes a 222 prontuários que, segundo o modelo do Sistema Único de Saúde, são descritos como “Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC)”. Estes envolvem três modalidades de acompanhamento terapêutico: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O primeiro refere-se a pessoas que necessitam de cuidados diários por parte de uma equipe multiprofissional, e é realizado geralmente na própria unidade ou por meio do atendimento intensivo domiciliar; o segundo à pessoas que necessitam participar algumas vezes por semana das atividades do CAPS; e o terceiro envolve atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente aos usuários, quando indicado acompanhamento mais espaçado.

O perfil sociodemográfico indicou que 51,4% da população eram do sexo feminino e 48,7% do sexo masculino. Em relação ao estado civil houve predomínio dos solteiros, com 54,9%. A idade variou de 21 a 75 anos, com média de 45 anos e 3 meses e desvio-padrão de 10 anos e 8 meses. A idade modal foi 46 anos, aparecendo 12 vezes. 6,3% da população eram analfabetos e o ensino fundamental incompleto foi o nível de escolaridade predominante, com 31%. Mais da metade (66,7%) dos pacientes não estava trabalhando, 17,5% estavam aposentados - sendo que a grande maioria deste grupo possuía aposentadoria por invalidez, devido a sua enfermidade - e 15,76% se encontravam em outras profissões. Estes últimos em sua maioria trabalhavam em empregos que exigiam poucos anos de escolaridade e/ou baixa qualificação profissional, como pedreiros, trabalhadores rurais, pintores, garçons, costureiras, faxineiras, diaristas, frentistas etc. As seguintes ocupações, que exigem maior grau de escolaridade, foram observadas somente uma vez: professor de química, de inglês, agente penitenciário, servidor público municipal, auxiliar de enfermagem, fiscal sanitário e auxiliar de tesouraria.

Procedimento

A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras de Assis (FCLA- UNESP), processo número 1068/2011. O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Assis; cidade localizada na região sudeste do Brasil, no estado de São Paulo, com

aproximadamente 95.144 mil habitantes, segundo o IBGE. Esta instituição oferta um serviço aberto e comunitário, sendo referência para pessoas com transtornos mentais com necessidade de atenção permanentemente.

Foi realizada a inspeção dos prontuários de todos os indivíduos que compõe a população, coletando informações acerca de sexo, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, uso de substâncias ilícitas e álcool, tempo de tratamento psiquiátrico na instituição onde foi realizada a pesquisa. Informações que diziam respeito ao uso de álcool foram distribuídas em dois grupos: um grupo em que foram registrados casos de indivíduos que possuíam histórico de uso abusivo de álcool e outro em que foram registrados casos de indivíduos que possuíam ao menos uma vez registro de uso esporádico de álcool em seu prontuário.

Os dados de diagnósticos psiquiátricos foram tabulados em três grupos. No primeiro grupo foram catalogados diagnósticos de outras instituições. Estas eram hospitais psiquiátricos em que os pacientes haviam sido internados ou englobavam pacientes que fizeram tratamento em outras instituições, mas que em algum momento foram transferidos para a instituição em que foi realizada a pesquisa. Quando encontrado mais de um diagnóstico, optou-se por tabular o mais recente, uma vez que o último apontava para a terapêutica adotada no momento da inspeção dos prontuários e à atual compreensão do curso do transtorno do indivíduo.

Como na maioria dos prontuários havia mais de um diagnóstico foram registrados, no segundo grupo, os penúltimos diagnósticos recebidos na instituição, independentemente se este era igual ou diferente do diagnóstico mais atual. No terceiro grupo foram tabulados os diagnósticos mais recentes, no momento da data da coleta. Todos os diagnósticos foram registrados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os diagnósticos foram hierarquicamente agrupados de acordo com a severidade clínica: (1) Esquizofrenias e Outros Transtornos Psicóticos; (2) Transtornos Bipolares; (3) Transtornos Depressivos; (4) Transtornos de Ansiedade; (5) Transtornos Relacionados a Substâncias; (6) Retardo Mental ou Demência; (7) Outros.

As variáveis citadas acima foram elencadas segundo a revisão da literatura, visto que esta sugere que são relevantes para a caracterização da população e relacionam-se com vários comportamentos de risco que estes indivíduos estão sujeitos. Foi realizada análise estatística descritiva por meio de proporções, médias e desvios-padrões. Foram verificadas associações entre as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, uso de substâncias ilícitas e álcool, diagnósticos psiquiátricos, tempo de tratamento psiquiátrico e sorologia para o HIV. Para os cruzamentos estatísticos que envolviam variáveis quantitativas e categóricas ordenáveis, foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson (r). Para as categóricas não-ordenáveis foi utilizado o Teste de associações do Qui-Quadrado (χ^2), com correção de Yates (Yates) quando necessário. A análise dos dados foi realizada no *Bioestat 5.3* e o nível de significância adotado foi de $p < 0,05$, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

Também foram verificadas associações entre os diagnósticos psiquiátricos, de modo a verificar a concordância e/ou discordância entre eles e o grau de exposição a comportamentos de risco em adquirir infecção pelo HIV. Neste sentido os pacientes foram agrupados segundo o diagnóstico psiquiátrico atual e considerados com alto risco em contrair a infecção aqueles com diagnóstico psiquiátrico, segundo a CID-10, onde existe a descrição de sintomas que favorecem comportamentos de risco de contrair a infecção pelo HIV; os demais foram agrupados como apresentando baixo risco. Estes indivíduos agrupados segundo o grau de risco foram posteriormente comparados segundo as demais categorias por meio de estatísticas descritivas.

RESULTADOS

O tempo de tratamento na instituição variou de três meses a 28 anos, com média de 14,2 anos e desvio-padrão de 7,5 anos. O tempo modal foi de 23 anos, prevalecendo 36 vezes. Ressalta-se que este tempo não prediz uma adesão regular ao tratamento, uma vez que grande parte dos pacientes abandonou e retornou à unidade diversas vezes.

O uso de substâncias ilícitas foi observado em 26 (11,7%) indivíduos da população. Em 5 dos 26 usuários foi observado histórico somente de maconha, 3 usaram somente crack e todos que fizeram uso de cocaína também fizeram uso de outra substância. 1,8% fizeram uso de maconha e cocaína, 7% fizeram uso de maconha e crack e em 1,3% foi constatado uso de cocaína e crack. Em relação ao uso de álcool, 14,5% da população fez uso abusivo durante o tratamento e 15,7% fez uso esporádico.

Os diagnósticos psiquiátricos registrados em três grupos, a fim de preservar o histórico clínico dos pacientes que receberam diferentes diagnósticos ao longo de seus tratamentos e lograr maior fidedignidade acerca de suas condições. Deste modo, 68 (30,6%) pacientes da população tiveram ao menos um diagnóstico em outra instituição e 83,8% (186) dos pacientes receberam ao menos dois diagnósticos no período em que estavam fazendo tratamento na unidade. Nestes casos, quando havia mais de dois, optou-se por tabular o penúltimo diagnóstico (Grupo II). Por fim, no grupo (Grupo III) em que se encontram os únicos diagnósticos ou os mais recentes, 99% dos pacientes receberam ao menos um diagnóstico ao longo de todo o tratamento no CAPS.

Na análise das associações e correlações dos diagnósticos psiquiátricos com as demais variáveis, os dados revelaram correlação positiva significativa entre os diagnósticos e a variável referente à idade ($r=0,145$; $p=0,03$), ou seja, a quanto maior o grau de risco e severidade clínica, maior é a idade dos usuários. Este dado denota que os usuários mais velhos possuem, por conseguinte, diagnósticos psiquiátricos mais severos.

Foram encontradas, também, associações significativas dos diagnósticos com as variáveis relativas ao estado civil ($\chi^2=36,67$; $p=0,01$) e uso de substâncias ilícitas ($\chi^2=95,88$; $p<0,0001$). Houve associações, especificamente, dos usuários inseridos nas categorias diagnósticas referentes às Esquizofrenias e Outros Transtornos Psicóticos, aos Transtornos Bipolares e Transtornos Depressivos com os usuários solteiros; o que desvela que os indivíduos com maior grau de severidade clínica e risco para a infecção pelo HIV são em sua maioria solteiros, indicando as dificuldades em formar e manter vínculos afetivos. Ademais, foi estatisticamente significativa a associação do uso de substâncias ilícitas com os diagnósticos de Esquizofrenias e Outros Transtornos Psicóticos e Transtornos Bipolares, revelando a potencial situação de vulnerabilidade que estes usuários se encontram.

No âmbito das correlações e associações relacionadas somente as variáveis sociodemográficas, foram verificadas associações significativas referentes ao sexo e idade ($\chi^2=15,21$; $p=0,004$), expressando que no sexo feminino houve associação significativa com a faixa etária de 32 a 43 anos, e o sexo masculino com a faixa etária de 43 a 54 anos. O sexo foi, também, associado significativamente com o estado civil ($\chi^2=31,03$; $p<0,0001$), uso de substâncias ilícitas ($\chi^2=14,68$; $p=0,04$), uso abusivo de álcool (Yates=9,19; $p=0,002$), uso esporádico de álcool (Yates=9,19; $p=0,002$) e tempo de tratamento na instituição ($\chi^2=8,46$; $p=0,03$). Ou seja, os dados desvelam que houve significativas associações entre o sexo masculino e o estado civil “solteiro” e, por outro lado, entre o sexo feminino e o estado civil “casado”. O sexo masculino foi, também, mais associado ao uso de substâncias ilícitas e álcool (tanto uso esporádico como abusivo), quando comparado feminino. Em relação ao tempo de tratamento na instituição, os homens foram associados à categoria referente a 14–21 anos e as

mulheres a 21–28 anos. Esta categoria foi, ademais, correlacionada positivamente com a idade ($r=0,38$; $p<0,0001$) e negativamente com a ocupação ($r= - 0,15$; $p=0,02$), isto é, quanto maior a idade dos usuários maior é o tempo de tratamento; e os usuários que estão em tratamento a maior tempo estão, em sua maioria, sem trabalho, aposentados ou trabalhando em empregos que exigem poucos anos de escolaridade e/ou baixa qualificação profissional.

A variável referente à idade se associou significativamente com estado civil ($\chi^2=41,43$; $p<0,0001$). As estatísticas revelaram que houve associação entre os solteiros e os sujeitos que possuíam entre 32 e 54 anos. O estado civil foi também associado à escolaridade ($\chi^2=39,73$; $p=0,008$), expressando que os divorciados/separados e solteiros se associaram ao grau de escolaridade “fundamental incompleto”. O grau de escolaridade foi, também, associado ao uso de substâncias ilícitas ($\chi^2=103,17$; $p<0,0001$), bem como o tempo de tratamento ($\chi^2=103,13$; $p<0,0001$), o que revelou que os indivíduos que fizeram uso de substâncias ilícitas, assim como os usuários que estavam em tratamento entre 14 e 28 anos possuem, em sua maioria, grau de escolaridade “fundamental incompleto”.

O uso de substâncias ilícitas foi associado significativamente ao uso abusivo ($\chi^2=54,09$; $p<0,0001$) e esporádico de álcool ($\chi^2=28,64$; $p=0,0002$). As categorias dos usuários que utilizaram somente crack ou maconha e crack foram associadas ao uso abusivo de álcool. Além disso, os outros usuários que fizeram uso de maconha e crack ou somente maconha foram associados ao uso esporádico de álcool. Nota-se, então, que 83,3% dos usuários que fizeram uso de maconha e crack também fizeram uso de álcool (abusivo ou esporádico).

Acredita-se que embora os índices de uso de drogas ilícitas e álcool da população deste estudo sejam inferiores aos de alguns autores, trata-se de indivíduos que se encontram em situações de vulnerabilidade, especialmente devido ao fato de que foi estatisticamente significativa a associação do uso de substâncias ilícitas com os diagnósticos de Esquizofrenias e Outros Transtornos Psicóticos e Transtornos Bipolares. Deste modo, estes dados indicam que os referidos usuários necessitam de ajuda imediata, de modo que sejam minimizados seus riscos.

Pacientes com transtornos bipolares podem experimentar hiperssexualidade, impulsividade e outros sintomas maníacos durante a fase aguda do transtorno, ficando expostos a diversos comportamentos de risco para o HIV. Mckinnon et al. (1996) notam, ademais, que a prostituição foi três vezes mais provável em pacientes com esquizofrenia do que aqueles com outros diagnósticos. Em contraposição, Guimarães et al. (2010) indicaram que pacientes diagnosticados com ansiedade ou depressão apresentaram maior prevalência de sexo inseguro, em comparação com aqueles com diagnósticos mais graves (esquizofrenias e transtornos bipolares).

A população desta pesquisa, sobretudo os indivíduos com diagnósticos de Esquizofrenias e Outros Transtornos (54%), Transtornos Bipolares (16,5%) e Transtornos Depressivos (16%), se defrontam com diversas situações decorrentes de seus quadros psiquiátricos, em que estão suscetíveis a maiores riscos, inclusive à infecção pelo HIV. Deste modo, esta população, além de enfrentar condições sociais desfavoráveis, predominar indivíduos solteiros, com altos índices de desemprego e baixos níveis de escolaridade, condições clínicas deterioradas, trata-se de uma população de pacientes crônicos com situações de riscos potenciais.

Apesar de nosso método de coleta de dados não nos permitir resgatar com total fidedignidade a história clínica dos usuários, nota-se que há grande dificuldade de consenso entre diagnósticos. Em diversos casos os pacientes receberam distintos diagnósticos, dependendo da instituição e do profissional que os avaliaram.

Consideramos que isto tenha ocorrido devido à grande demanda, a escassa estrutura e o número reduzido de psiquiatras na instituição. Ressalta-se que tal demanda é decorrente do fato de que além dos 222 usuários atendidos no CAPS, os profissionais têm por sua responsabilidade outros pacientes do serviço de saúde ambulatorial local, que compreende cerca de 600 consultas por mês (segundo os próprios profissionais da unidade), o que denota a insuficiência do serviço.

Além de constituir prejuízo no próprio curso do tratamento dos pacientes, essa dificuldade de consenso diagnóstico também pode ter repercussões negativas. Segundo McArthur, et al. (1993), em alguns casos a demência pode ser manifestação inicial da aids e, assim, se caracteriza por esquecimento, lentificação e dificuldades de concentração e com a resolução de problemas. As manifestações comportamentais incluem com maior frequência, segundo o DSM IV-R, sintomas depressivos como apatia e retraimento social, às vezes acompanhados por delírios ou alucinações. A característica essencial da demência é, contudo, a perda das funções intelectuais em gravidade suficiente para interferir no funcionamento social e ocupacional do indivíduo, isto é, em suas atividades de vida diária⁵⁹. O diagnóstico, por sua vez, deve ser baseado na história clínica, exame neurológico e cognitivo do sujeito, além da exclusão de outras causas através de métodos de imagem. A avaliação, mediante utilização de testes neuropsicológicos, deve contemplar os seguintes domínios: atenção/concentração; rapidez do processamento da informação; funções executivas; raciocínio/abstração; memória/aprendizado; habilidades visuoespaciais; e funcionamento motor, como assinala Goodkin, Fernandez, Forstein e Becker (2011).

O diagnóstico de demência pelo HIV, por ser insidioso em seus estágios iniciais, pode ser confundido com o de depressão (Gallucci, Tamelini, & Forlenza, 2005; Goodkin, et al. 2011). Pode também ser confundido com o diagnóstico de retardo mental, que se caracteriza essencialmente por funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

Observou-se que 14 indivíduos receberam, em algum momento de seus tratamentos, o diagnóstico de demência ou retardo mental. Destes, um paciente recebeu os dois diagnósticos e apenas dois sujeitos foram submetidos à testagem de sorologia para o HIV. Esses dados sugerem que estes indivíduos podem estar infectados, sendo preocupante o fato de que apenas dois foram testados. Percebe-se, pois, que a dificuldade encontrada na unidade de consenso diagnóstico, atrelada a escassez de estrutura e recursos da instituição, coloca alguns pacientes em situação de potencial risco e vulnerabilidade.

A análise dos dados nos alerta também sobre algumas problemáticas fundamentais na esfera dos medicamentos. Na instituição referida os fármacos são distribuídos conforme o Programa Farmácia Popular do Brasil; política pública criada em 2004 pelo governo federal, que oferece à população medicamentos essenciais, gratuitos ou a baixo custo, e que visa à ampliação do acesso à medicação, principalmente para os cidadãos de baixa renda ou que sentem dificuldade para manter o tratamento contra algumas doenças em função do alto preço dos medicamentos. O programa preconiza, ainda, que é um dever das unidades responsáveis proporcionar atendimento personalizado, de acordo com as necessidades de cada usuário, considerando sua singularidade, por meio da detecção, prevenção e resolução dos problemas e demandas apresentadas. A análise dos dados, no entanto, desvela deficiências na oferta e prescrição dos medicamentos na saúde mental.

DISCUSSÃO

Embora a implementação desta política pública seja fundamental para a consolidação de um cuidado integral, a questão da oferta e distribuição dos fármacos indica algumas deficiências, que atingem diretamente os usuários. Priorizam-se, nos tratamentos medicamentosos, fármacos de baixo custo, que demandam uma gama de associações muitas vezes prejudiciais, em decorrência da ineficácia e excesso de efeitos extrapiramidais. A questão dos antipsicóticos revela, com efeito, a discussão aqui sublinhada. É sabido, por exemplo, que os antipsicóticos de segunda geração (ASG) representam um grande avanço no tratamento medicamentoso dos transtornos psicóticos nas últimas décadas. Quando comparados aos antipsicóticos de primeira geração (APG) os ASG causam menos efeitos colaterais extrapiramidais, tais como o parkinsonismo, distonias, acatisia, síndrome neuroléptica maligna e discinesia tardia (Bechelli, 2000; Johann & Vaz, 2006), são mais eficazes no tratamento dos sintomas negativos (Elkis, et al., 2008), tão eficazes quanto os de primeira geração no tratamento dos sintomas positivos e possuem eficácia profilática inerentemente maior que os fármacos típicos, como assinala (Lieberman, & Tasman, 2008). Não obstante, mesmo os antipsicóticos atípicos também apresentam efeitos adversos, sobretudo metabólicos, tais como ganho de peso, diabetes, dislipidemias e síndrome metabólica, que implicam atenção especial durante todo o tratamento no equilíbrio entre eficácia e tolerabilidade, conforme (Elkis, et al., 2008).

Segundo o *Manual de Medicamentos Psiquiátrico* (Lieberman, & Tasman, 2008), o uso de APG deve ser eleito em situações raras, nas quais os pacientes apresentam uma história boa de respostas a estes agentes, com um mínimo de efeitos colaterais. Elkis, et al. (2008) discorrem que segundo diretrizes da Associação Psiquiátrica Americana, da World Federation of Societies of Biological Psychiatry e da Texas Medication Algorithm Project, o tratamento, especialmente da esquizofrenia, deve se constituir do seguinte modo: o usuário deve receber um tratamento inicial, preferencialmente com antipsicóticos de segunda geração, em regime de monoterapia, por um período de até seis semanas. Caso a resposta seja adequada, o antipsicótico empregado deve ser mantido como medicação de manutenção. No caso de resposta insatisfatória, é indicada a prescrição de um segundo antipsicótico, também de segunda geração, em doses adequadas e em monoterapia, por um período mínimo de seis semanas. Por fim, caso não haja resposta, alguns algoritmos como o Texas Medication Algorithm Project, propõe que se faça uma terceira tentativa, desta vez com APG.

É pertinente salientar que de modo algum defende-se neste trabalho a extinção de APG, uma vez que desempenham um importante papel, são economicamente viáveis e possuem recursos eficazes e razoavelmente seguros se utilizados com cautela (Frota, 2003). Todavia, os dados da população deste trabalho revelam um uso indiscriminado de APG, que são prescritos por seu baixo custo, visto que os ASG são considerados pelo Programa Farmácia Popular do Brasil como fármacos de alto custo e, deste modo, são distribuídos em menor escala e com mais restrições. O fato de 86,6% da população deste estudo fazer uso de algum APG e 39,1% fazer uso do biperideno – medicamento utilizado para diminuir os efeitos colaterais extrapiramidais causados pelos neurolépticos - reflete a necessidade iminente da maior utilização de ASG. Percebe-se, ainda, que em função do estado clínico dos usuários, das discordâncias diagnósticas e da impossibilidade econômica da população adquirir medicamentos de última geração, 53,6% dos pacientes fazem uso concomitante de três a quatro medicamentos; alguns usuários chegam a tomar até seis medicamentos distintos diariamente. Terapêutica que

diminui a probabilidade de adesão ao tratamento proposto. Lopes (2000) nos alerta, nesse sentido, que o uso abusivo de medicamentos pode levar à perda de autonomia física e à diminuição da capacidade cognitiva. Em consonância, Almeida, et al. (1999) sublinham que o uso indiscriminado e excessivo de medicamentos expõe o paciente a efeitos colaterais desnecessários e a interações potencialmente perigosas. Em seu trabalho os autores notam que pacientes que utilizavam três ou mais fármacos apresentavam significativamente mais sintomas físicos e psicológicos que outros usuários, que utilizavam menos medicamentos. As queixas mais frequentes desses usuários compreendiam problemas relacionados a sono, tonturas, congestão nasal, boca seca, mal-estar estomacal, obstipação e edemas.

Embora não tenha sido possível tabular o tempo exato em que os pacientes deste estudo se encontravam nas terapêuticas farmacológicas registradas, os dados indicam que os medicamentos tendem a ser utilizados por tempos prolongados e a polimedicação se desvela uma prática frequente. Berger e Mailloux-Poirier (1995) mencionam, a esse respeito, que dentre várias razões relacionadas a não-adesão ao tratamento se encontram, sobretudo, a excessiva quantidade de medicamentos prescritos e a longa duração do tratamento, com resultados pouco aparentes. Tais apontamentos são fundamentais, visto que a população aqui estudada se encontra em um processo de cronificação, em que a prática da não-adesão ao tratamento se revela frequente. Seguramente há diversos fatores que ocasionam a não-adesão a um tratamento e em momento algum pretende-se neste trabalho justificar este fenômeno restringindo-se à problemática das medicações. Não obstante, é pertinente salientar que durante a coleta dos dados foi frequente a leitura de relatos de pacientes que apresentavam variadas queixas de efeitos colaterais em decorrência das distintas interações farmacológicas.

Lieberman e Tasman (2008), quando discorrem sobre as combinações de antipsicóticos de segunda geração com benzodiazepínicos e seu uso comum como estratégia medicamentosa nos quadros de emergência psiquiátrica, alertam que se deve dar preferência a ensaios sequenciais monoterápicos com distintos antipsicóticos. Após acompanhamento e uma vez que o controle do comportamento tenha sido obtido, os autores orientam que os benzodiazepínicos deverão ser descontinuados e os pacientes devem ser mantidos apenas com ASG. O que nota-se, no entanto, na presente pesquisa, é que isso não ocorre. 21,1% da população deste estudo fazem uso concomitante de dois APG; 5,4% fazem uso de um antipsicótico típico e outro atípico; há, ainda, dois casos em que os pacientes fazem uso de três antipsicóticos ao mesmo tempo. Estes dados, acrescidos ao fato de que a prática da descontinuidade de benzodiazepínicos não é comumente utilizada (visto que fazem uso de benzodiazepínicos há anos, continuamente), sugerem que os pacientes estão suscetíveis a uma gama de efeitos extrapiramidais colaterais prejudiciais às suas vidas, que poderiam ser evitados se houvesse maior atenção no manejo das medicações.

As interações medicamentosas expõem o paciente não somente a efeitos colaterais desnecessários, senão que algumas vezes potencialmente nocivos. Marcolin, Cantarelli, & Garcia-Junior (2004) consideram que a interação à longo prazo entre amitriptilina ou fluoxetina e o diazepam pode provocar aumento nas concentrações séricas do benzodiazepínico, gerando prejuízos psicomotores e na atenção. Tais associações foram encontradas quatro e cinco vezes, respectivamente, na população do presente trabalho. Em um dos casos há o uso dos três fármacos concomitantemente, o que implica maior risco para o paciente, uma vez que a combinação da amitriptilina com a fluoxetina pode aumentar os níveis plasmáticos da amitriptilina e provocar toxicidade (que pode ocasionar delírios e convulsões)⁷⁸. Segundo o Manual de Medicamentos Psiquiátricos, a combinação da terapia de antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação de

Serotonina (ISRS) e Antidepressivos Tricíclicos (ADT) deve ser utilizada raramente, em casos de depressão resistente, e exige rígido monitoramento dos níveis séricos do ADT e eletrocardiogramas.

Campigotto, et al. (2008), em trabalho que avalia interações e o grau de severidade de associações medicamentosas com antidepressivos, classificam a interação da sertralina ou fluoxetina com a risperidona com um alto grau de severidade, na medida em que propiciam aumento do nível plasmático da risperidona e de seus efeitos adversos, que incluem sintomas extrapiramidais e parkinsonismo. Tais associações foram verificadas 7 vezes na população deste trabalho, o que sugere certa carência na distribuição e manutenção da farmacoterapia na instituição.

A polimedicação constitui uma medida útil no tratamento de transtornos psiquiátricos, no controle de reações medicamentosas indesejadas ou para potencializar o efeito farmacológico em condições refratárias e pouco responsivas (Lieberman, & Tasman, 2008; Marcolin, et al., 2004; Santos, et al., 2009). Entretanto, quando utilizada de modo indiscriminado e excessivo, pode causar efeitos colaterais graves, podendo inclusive levar o paciente a óbito. Os referidos efeitos, por sua vez, devem receber atenção por parte da equipe, de modo a buscar a farmacoterapia adequada para cada sujeito. Nesse contexto, segundo o *Manual de Medicamentos Psiquiátricos*, os objetivos do tratamento medicamentoso, sobretudo durante a fase estável ou de manutenção, é prevenir a recaída de sintomas mais severos, implementar um plano de reabilitação e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Todavia, a análise dos dados sugere que algumas ações medicamentosas deste trabalho cumprem no máximo o primeiro objetivo, visto que o fomento à qualidade de vida e reabilitação dos pacientes é escasso e limitado. Ainda segundo o referido manual, o fundamento de qualquer intervenção farmacológica é a elaboração de um diagnóstico apropriado. Partindo, então, como explicitado anteriormente, dos fatos que há dificuldade no consenso diagnóstico na instituição em questão, que a oferta de medicação pelo Programa Farmácia Popular do Brasil prioriza os medicamentos de baixo custo e restringe outros, com ações mais eficazes, e que a demanda e fluxo de usuários é superior ao que a estrutura e profissionais da unidade conseguem atender, o que se percebe na instituição são ações que visam à contenção da sintomatologia e impulsos severos dos pacientes. Em contrapartida, os dados sugerem que essa população se encontra em um processo de cronificação, em que as ações de cuidado não são capazes de produzir mudanças nos usuários em relação ao funcionamento geral de suas personalidades, no que se refere a questões de reabilitação e qualidade de vida, ou seja, questões relativas à reintegração social destes sujeitos como um todo.

REFERÊNCIAS

- Almeida, O.P., Ratto, L., Garrido, R., & Tamai, S. (1999). Fatores preditores e consequências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21. doi:org/10.1590/S1516-44461999000300006
- Associação Americana de Psiquiatria (APA) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Cláudia Dornellas. 4. ed. rev. Artmed, Porto Alegre.
- Bechelli, L.P.C. (2000). Impacto e evolução do emprego dos neurolépticos no tratamento da esquizofrenia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49, 131-47.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodicacta.

- Campigotto, K.F., Teixeira, J.J.V., Cano, F.G., Sanches, A.C.C., Cano, M.F.F., & Guimarães, D.S.L. (2008). Detecção de risco de interações entre fármacos antidepressivos e associados prescritos a pacientes adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, 1-5. doi:org/10.1590/S0101-60832008000100001
- Campos, L.N., Guimarães, M.D.C., Carmo, R.A., Melo, A.P.S., Oliveira, H.N., Elkington, K., & Mckinnon K. (2008). HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: A review of the literature. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, s607-20. doi:org/10.1590/S0102-311X2008001600012
- Collins, P.Y. (2006). Challenges to HIV prevention in psychiatric settings: Perceptions of South African mental health care providers. *Social Science and Medicine*, 63, 979-990. doi:org/10.1016/j.socscimed.2006.03.003
- Del Porto, J.A. (1999). Conceito e diagnóstico: Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Elkis, H., Gama, C., Suplicy, H., Tambascia, H., Bressan, R., Lyra, R., ... Minicucci, W. (2008). Consenso brasileiro sobre antipsicóticos de segunda geração e distúrbios metabólicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 77-85. doi:org/10.1590/S1516-44462008000100014.
- Frota, L.H. (2003). *Cinquenta anos de medicamentos antipsicóticos em psiquiatria*. Rio de Janeiro: L.H.Frota.
- Gallucci, N.J., Tamellini, M.G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 119-130. Retirado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>
- Goodkin, K., Fernandez, F., Forstein, M., Becker, J.T., Douaihy, A., Santos, F.H., ..., Singh, D. (2011). A perspective on the proposal for neurocognitive disorder criteria in DSM-5 as applied to HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychiatry*, 1, 431-440. doi:10.2217/npv.11.57
- Grassi, L., Biancosino, B., Righi, R., Finotti, L., & Peron, L. (2001). Knowledge about HIV transmission and prevention among Italian patients with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 52, 679-681. doi: 10.1176/appi.ps.52.5.679
- Guimarães, M.D.C., Mckinnon, K., Campos, L.N., Melo, A.P.S., & Wainberg, M. (2010). HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 351-60. doi:org/10.1590/S1516-44462010000400007
- Johann, R.V.O., & Vaz, C.E. (2006). Avaliação de aspectos cognitivos em homens portadores de esquizofrenia em tratamento com haloperidol ou clozapina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 202-207. doi:org/10.1590/S0047-20852006000300005.
- Lieberman, J.A., & Tasman, A. (2008). *Manual de medicamentos psiquiátricos*. Tradução: Celeste Inthy. Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, R.G.C. (2000). *Saúde na velhice: As interpretações sociais e is reflexos no uso de medicamento*. São Paulo: Educ.
- Marcolin, M.A., Cantarelli, M.G., & Garcia-Junior, M. (2004). Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. *Revista de Psiquiatria Clínica* 31,70-81.
- McArthur, J.C., Hoover, D.R., Bacellar, H., Miller, E.N., Cohen, B.A., Becker, J.T., ...Saah, A. (1993). Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. Multicenter AIDS cohort study. *Neurology*. 43, 2245-52. doi: 10.1212/WNL.43.11.2245
- Mckinnon, K., Cournos, F., Sugden, R., Guido, J.R., & Herman, R. (1996). The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors

- among people with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 506-513.
- Meade CS, Sikkema KJ. (2005). HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 25, 433-457. doi:org/10.1016/j.cpr.2005.02.001
- Meade, C.S., Graff, F.S., Griffin, M.L., & Weiss, R.D. (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 296-300. doi:org/10.1016/j.drugalcdep.2007.07.013
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *O Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: WHO.
- Vanable, P.A., Carey, M.P., Carey, K.B., Maisto, S.A. (2007). Differences in HIV-related knowledge, attitudes, and behavior among psychiatric outpatients with and without a history of a sexually transmitted infection. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 33, 79-94. doi: 10.1300/J005v33n01_07

LITERACIA EM SAÚDE: UM DESAFIO PARA AS UNIVERSIDADES

Anabela Pereira, Helder Castanheira, Cristina Santos, Vânia Amaral, Maria João Martins, Paula Vagos, Inês Direito, Sara Monteiro e Ana Torres

DE, SAS, Universidade de Aveiro, CIDTFF

A literacia em saúde é um campo de investigação recente, tendo-se iniciado nos Estados Unidos da América nos finais do século XX e estendendo-se posteriormente à Europa. Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998, p. 10), a literacia em saúde remete para “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem a informação de modo a promover e manter a saúde”.

Nutbeam (2000) apresenta um modelo compreensivo da literacia em saúde com base na proposta taxonómica de literacia de Freebody e Luke (1990), que diferencia a literacia funcional (capacidades de leitura e escrita), a literacia comunicacional/interativa (recursos cognitivos de atribuição de significado) e a literacia crítica (competências cognitivas de análise crítica da informação). Assim, segundo Nutbeam (2000), a literacia funcional em saúde refere-se à transmissão de informação sobre os riscos e os serviços de saúde; o desenvolvimento de competências de uso independente do conhecimento respeita a literacia interativa em saúde; já a capacidade de prover informação e de atuar nos determinantes sociais da saúde refere-se ao nível mais complexo que é a literacia crítica em saúde.

A capacidade de utilização desse conhecimento revela-se determinante para a prevenção da doença (Baker et. al, 1996; DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr & Pignone, 2004); Nutbeam, 2008), sendo portanto essencial a aposta da literacia em saúde em sistemas institucionais como as universidades.

Literacia em saúde na europa

Com o objetivo de promover a literacia em saúde na Europa, a Universidade de Maastricht desenvolveu o projeto “European Health Literacy Survey” (HLS-EU). A promoção da saúde, os cuidados de saúde e a prevenção da doença são os domínios em que o projeto atua, baseando-se assim num modelo integrativo (Sorensen et. al, 2012). São nove os países com instituições participantes no projeto (Reino Unido, Áustria, Grécia, Polónia, Espanha, Bulgária, Alemanha e Holanda), pretendendo-se assim estabelecer uma rede europeia de literacia em saúde. Outras instituições envolveram-se no projeto estabelecendo parcerias de colaboração, como é o caso da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Com efeito, esta parceria repercutiu-se na tradução e validação do instrumento europeu de avaliação da literacia em saúde designado “Health Literacy Survey” (Saboga-Nunes & Sorensen, 2013), devendo-se assim estimular a investigação em saúde pública pela comunidade científica em Portugal.

A investigação desenvolvida alerta para os riscos de existência de literacia em saúde limitada em determinadas franjas da população. De facto, sujeitos com baixo nível socioeconómico, idosos e sujeitos com baixos níveis de educação encontram-se entre os subgrupos das populações dos diversos países em estudo com menores níveis de literacia em saúde (European Health Literacy Survey Consortium, 2012).

Avaliação da literacia em saúde

Para ser possível intervir na área da literacia em saúde é importante uma avaliação eficaz da mesma. Apresentamos, seguidamente, alguns exemplos de instrumentos reconhecidos em termos científicos na área.

1. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM, Davis et al., 1993). Um total de 66 itens avalia o reconhecimento de palavras relacionadas com saúde. A pontuação final corresponde a um de três graus de literacia: baixa literacia em saúde; literacia em saúde marginal e literacia em saúde adequada. Existe uma versão reduzida, o REALM-Short Form (REALM-SF, Arozullah et al., 2007).

2. Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA, Parker, et al., 1995). O TOFHLA foi desenhado para avaliar a literacia funcional utilizando, para isso, dois tipos de avaliação: a) é providenciado aos participantes informações ou instruções médicas que estes devem estudar, sendo-lhes depois feitas questões que testam a sua compreensão da informação; b) são fornecidas aos participantes passagens de textos acerca de assuntos médicos com determinadas palavras substituídas por espaços em branco que devem ser completados através de escolha múltipla. Tem um total de 67 itens e a pontuação final confere um dos seguintes graus de literacia: inadequada, marginal ou adequada. Existe uma versão reduzida apenas com 34 itens (s-TOFHLA, Backer, et al., 1999).

3. Single Item Literacy Screening (Morris, et al., 2006). É constituído apenas pela questão “Quão frequentemente precisa que alguém o ajude quando lê instruções, panfletos ou outro material escrito dado pelo seu médico ou farmacêutico?”. A cotação atribuída à resposta do sujeito identifica se tem dificuldades em ler material escrito relacionado com a saúde.

4. Newest Vital Sign (NVS, Weiss, 2005). É assim chamado por encorajar os profissionais de saúde a avaliar a literacia dos pacientes quando medem a pressão arterial ou outros sinais vitais. Consta de uma avaliação com seis perguntas, baseada no rótulo nutritivo de um gelado, valorizando desta forma as competências de leitura e cálculo.

5. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy (Chew, Bradley, & Boyko, 2004). Questionário desenvolvido para identificar pacientes com inadequada ou marginal literacia em saúde. Consiste em 16 perguntas com uma escala de Likert de 5 pontos.

6. “Health Literacy Survey” (Saboga-Nunes & Sorensen, 2013). O questionário europeu de literacia foi traduzido e adaptado para a cultura portuguesa, encontrando-se atualmente numa fase de validação. Numa escala de Likert de 5 pontos, 47 itens avaliam a facilidade de acesso à informação enquanto promotora da saúde e 23 itens avaliam a perceção pessoal do sujeito relativamente ao seu estado de saúde.

Ainda que reduzidos os instrumentos de avaliação em literacia, o desenvolvimento e aplicação dos que existem têm-se mostrado serem práticos, uteis e simples de responder. Contudo este tímido começo (European Health Literacy Survey Consortium, 2012), necessita de maior investigação e disseminação de forma a poder ser feita uma melhor caracterização da literacia em saúde.

Propostas para promoção da literacia em saúde no ensino superior

A literacia em saúde não compreende apenas a componente de transmissão de informação em saúde, mas essencialmente o acesso a um conhecimento claro, objetivo e científico. A literacia em saúde no ensino superior revela-se assim um importante canal de comunicação de modo a que a informação prestada se traduza, efetivamente, em comportamentos associados a estilos de vida saudáveis.

A aposta em áreas específicas do conhecimento, tais como a Medicina, a Enfermagem ou a Psicologia, com diferentes modelos de intervenção nas suas práticas profissionais, assume relevância no contexto da prevenção de uma inadequada transmissão de conhecimento em saúde.

Nesse sentido, deverá apostar-se na promoção do trabalho em rede e das sinergias que resultam de diferentes parcerias, valorizando e incrementando a articulação entre a educação, a saúde e o poder local (Graça & Loureiro, 2012). Tal poderá efetivar-se através do papel do ensino superior enquanto promotor de investigação científica e de divulgação do conhecimento científico, de formação adequada aos jovens e, em última análise, direta ou indiretamente à comunidade, através da possibilidade de parceria com instituições de saúde (e.g., hospitais, centros de saúde, centros de reabilitação). Ao serem desenvolvidos estudos empíricos que atentem na avaliação, compreensão e promoção da literacia em saúde em Portugal fomenta-se simultaneamente as competências dos indivíduos na aquisição e análise da informação e os avanços na comunidade científica quanto à temática da literacia em saúde.

A literacia em saúde mental defendida por Jorm et. al (1997) como um conjunto conhecimento e crenças sobre doenças mentais que contribuem para ajudar no seu reconhecimento, na sua gestão e prevenção, sugere portanto a importância da identificação precoce de sinais de perturbação mental. No contexto do ensino universitário em Portugal, a investigação e intervenção em literacia em saúde mental é escassa, contrariamente ao que acontece com faixas etárias inferiores (e.g., ensino básico ou secundário). Não obstante, a Linha Universidade de Aveiro (LUA), um serviço de aconselhamento psicológico aos estudantes da Universidade de Aveiro prestado por alunos voluntários (“peer counselling”) que recebem formação específica na área da Psicologia, é o projeto pioneiro de “nightline” do país de apoio a estudantes universitários e que para além de preconizar a promoção da saúde e bemestar dos estudantes, incorpora na sua formação básica conteúdos que desenvolvem a literacia em saúde (Pereira et al. 2010). Os serviços de Psicologia das universidades são outros projetos que promovem a literacia em saúde mental no ensino superior, através do desenvolvimento de formações direcionadas para o conhecimento do estudante universitário dos fatores de risco e de proteção no desenvolvimento e prevenção de perturbações mentais.

Considerações Finais

A literacia pode afetar diretamente a saúde dos indivíduos, uma vez que o conhecimento na área é essencial na prevenção e tratamento da doença, bem como na promoção da saúde. Estes são os propósitos basilares do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, que reforça a importância do papel da literacia em saúde na população portuguesa na maximização dos ganhos em saúde.

A educação, a formação e a qualificação com vista à valorização estratégica dos recursos humanos acarreta repercussões ao nível da saúde pública (Graça & Loureiro, 2012), o que aponta para a necessidade de investir na literacia em saúde a partir das universidades. Este é o desafio que se coloca no panorama do ensino superior, atendendo às potencialidades que a parceria entre investigação e intervenção junto dessa

população-alvo poderá assumir no desenvolvimento de um maior e melhor conhecimento na área da saúde.

Por fim, mas não menos importante merece-nos aqui um particular relevo a falta de informação e o estigma associado às perturbações mentais, funcionando como obstáculos à promoção da saúde mental. As instituições escolares desde nível pré-escolar até ao universitário são locais de excelência para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, perspectivando o aumento da literacia em saúde.

REFERÊNCIAS

- Arozullah, A. M., Yarnold, P., Bennett, C., Soltysik, R., Wolf, M., Ferreira, M. R., ... Davis, T. (2007). Development and validation of a short-form rapid estimate of adult literacy in medicine. *Medical Care*, 45(11), 1026-1033. doi:org/10.1097/MLR.0b013e3180616c1b
- Backer, D.W., Williams, M.V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42. doi:org/10.1016/S0738-3991(98)00116-5
- Baker, D., Parker, R., Williams, M., Pitkin, K., Parikh, N., & Imara, M. (1996). The health care experience of patients with low literacy. *Archives of Family Medicine*, 5, 329-334. doi:org/10.1001/archfam.5.6.329
- Chew, L.D., Bradley, K.A., & Boyko, E.J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36, 588-594.
- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J., George, R.B., Murphy, P.W., & Crouch, M.A. (1993). Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Clinical Research and Methods*, 25, 391-395.
- DeWalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K., & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-1239. doi:org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x
- European Health Literacy Survey Consortium (2012). Final report: Executive summary 17) – The European Health Literacy Project (HLS-EU).
- Freebody, P., & Luke, A. (1990). 'Literacy' programs: Debates and demands in cultural context. *Prospect*, 5, 7-16.
- Graça, L., & Loureiro, M. (2012). A(s) crise(s) e a(s) resposta(s) da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 103-104.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Morris N.S., MacLean C.D., Chew L.D., & Littenberg B. (2006). The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*, 7, 107.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 5, 259-267. doi:org/10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67, 2072-2078. doi:org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Organização Mundial de Saúde (1998). Health promotion glossary. World Health Organization: Geneva. Acedido a 11 de Dezembro de 2013 em <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 537-41. doi:org/10.1007/BF02640361
- Pereira, A., Vagos, P., Santos, L., Vasconcelos, G., Monteiro, S., Torres, A. (2010). Ajudar quem ajuda: A outra face da lua. In A. Pereira, H. Castanheira, A. Melo, A. Ferreira & P. Vagos (Eds.), *I Congresso Nacional da RESAPES-AP. Apoio psicológico no Ensino Superior: Modelos e práticas. Livro de atas* (pp. 106-112). UA.
- Saboga-Nunes, L., & Sorensen, K. (2013). The European Health Literacy Survey (HLSEU) and its Portuguese Cultural Adaptation and Validation (HLS-PT). *Aten Primaria*, 45-46.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brandt, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 1-13. doi:org/10.1186/1471-2458-12-80
- Weiss, B.D., Mays, M.Z., Martz, W., Castro, K.M., DeWalt, D.A., Pignone, M.P., ...Hale, F.A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3, 514-522. doi:org/10.1370/afm.405

BEM-ESTAR SUBJETIVO, CANCRO DA MAMA E ADULTÍCIA AVANÇADA

Francis Carneiro ✉, Sofia Von Humboldt e Isabel Leal.

UIPES (Unidade de Investigação em Psicologia da Saúde) Instituto Superior de Psicologia Aplicada,
Lisboa, Portugal;

O processo de envelhecimento remete para um processo contínuo durante o qual podem ocorrer perdas no plano biológico, social e psicológico, todavia existem também aspectos neste processo que merecem ênfase, tais como, a possibilidade de desenvolvimento psicológico e a implementação de estratégias que visem a resolução dos desafios impostos pela própria vida, ao potencial de adaptação de cada indivíduo (Rebelo, 2007). A literatura existente salienta a relevância dos *gerontic boomers*, decorrente do aumento exponencial da população com mais de 65 anos e da sua esperança média de vida (Rebelo, 2007), o que reforça a necessidade de reflexão acerca de inúmeras questões com relevância crescente, como, por exemplo, a idade de reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos e o estudo de temáticas que contribuam para o bem-estar desta faixa etária, não só ao nível físico, como ao nível psicológico e ao nível social (Mauritti, 2004; Vaz & Nodin, 2006). É ainda importante referir as incapacidades inerentes à adultícia avançada (incapacidade física e as doenças e/ou as lesões) que podem afetar a saúde psicológica incluindo o bem-estar dos idosos (Fernández-Ballesteros, 2006; Hsu & Tung, 2010).

Daqui decorre que seja desejável que os idosos prolonguem o ciclo de vida em simultâneo com um reduzido número de incapacidades e com um elevado nível de bem-estar, de forma a adaptarem-se aos desafios característicos desta etapa de vida, em que se encontram (Hsu & Tung, 2010). Paralelamente, para além de ser necessário aprofundar a investigação e intervenção no âmbito desta problemática, torna-se, também fundamental o desenvolvimento de uma abordagem psicológica da adultícia avançada, que se reflete em investigação passível de promover o bem-estar e a qualidade de vida do idoso (Vaz & Nodin, 2006).

Apesar do processo de envelhecimento não se encontrar, necessariamente relacionado com o desenvolvimento de doenças e incapacidades, é na adultícia avançada que as doenças crónicas se manifestam mais frequentemente (Alves et al., 2007). A partir dos 60 anos, as mulheres confrontam-se com o desenvolvimento de inúmeras doenças, como por exemplo, a doença isquémica do coração (19.2% de taxa

✉ - Francis Anne Teplitzky Carneiro, Rua dos Álamos Lote 1 R/C Dto. 20750-609 Costa da Guia, mail-fran_teplitzky@hotmail.com.

de mortalidade), o acidente vascular cerebral (17.5% de taxa de mortalidade), a doença pulmonar obstrutiva crónica (8.2% de taxa de mortalidade), a diabetes mellitus (3.0% de taxa de mortalidade), Alzheimer e outras doenças demenciais (2.0% de taxa de mortalidade) e cancro da mama (1.9% de taxa de mortalidade), que levam à sua morte ou incapacitação (World Health Organization, 2009).

O cancro da mama é definido, genericamente, como uma neoplasia (ou tumor) maligna cuja origem advém do crescimento de células anormais nos tecidos da mama, que o organismo não necessita e não consegue eliminar (Direção Geral de Saúde, 2003; National Cancer Institute, 2009).

Esta patologia oncológica apresenta-se como a mais frequente na população feminina dos 35 aos 75 anos de idade, não só em Portugal (18.265 mulheres diagnosticadas), como a nível mundial (4,4 milhões de mulheres diagnosticadas), sendo por isso, o tumor maligno com maior prevalência no mundo industrializado (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão, Leal, & Maroco, 2008; Rebelo, Rolin, Carqueja, & Ferreira, 2007).

Apesar de nas últimas décadas ter surgido um aumento dos diagnósticos do cancro da mama, o número de óbitos por cancro da mama tem diminuído gradualmente, devido aos avanços técnicos e científicos face à deteção precoce e tratamento do cancro da mama. Tal diminuição da mortalidade por cancro tem ocorrido em simultâneo com o aumento do número das mulheres com estatuto de sobreviventes, dependendo, obviamente, do estágio do cancro na altura do diagnóstico e do tipo de tratamento (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Patrão & Leal, 2004; Patrão, Leal, & Maroco, 2008). O diagnóstico e o tratamento do cancro da mama proporcionam, em primeira instância, uma experiência de stress, devido às incertezas que surgem em relação ao futuro, afetando múltiplos aspetos da vida da idosa que podem ter consequências ao nível do seu funcionamento biopsicossocial (Patrão & Leal, 2004; Ramos & Patrão, 2005; Rebelo, et al., 2006).

O cancro, incluindo o cancro da mama, pode influenciar diferentes esferas de vida da idosa, tais como a dimensão psicológica, a dimensão física, social e existencial (Moreira, Silva, & Canavarro, 2008; Ramos & Patrão, 2005).

No caso do cancro da mama, a maioria das pacientes sofre de uma multiplicidade de intensos sintomas físicos e psicológicos, independentemente do estágio da doença, sendo que alguns sintomas estão relacionados com a progressão do cancro, enquanto outros estão associados aos efeitos precoces e tardios dos efeitos físicos do tratamento, assim como também podem estar associados ao ajustamento psicossocial envolvido neste processo (Cheng & Lee, 2011; Ramos & Patrão, 2005).

A problemática do cancro da mama na adultícia avançada aumenta o seu grau de complexidade, uma vez que, a experiência sintomática das pacientes idosas com cancro, já apresenta muitas vezes, co-morbilidades pré-existentes, assim como a suscetibilidade para acumular múltiplas doenças crónicas e o declínio das capacidades (Cheng & Lee, 2011).

Em termos psicológicos as doentes oncológicas apresentam uma probabilidade muito elevada para sofrerem sequelas no seu bem-estar, uma vez que podem desenvolver sintomas de ansiedade depressão, falta de apetite, insónia e/ou pensamentos intrusivos acerca do futuro (Patrão & Leal, 2004; Rebelo, et al., 2006). No caso específico de pacientes idosas aquando do tratamento, apresentam dores, insónias, fadiga e distúrbios de humor, estando estes fatores significativamente correlacionadas com os níveis de saúde física e psicológica das pacientes (Cheng & Lee, 2011).

Paralelamente, nem todas as mulheres conferem ao cancro uma atribuição negativa, ao invés, algumas sobreviventes encaram o cancro da mama como uma experiência

positiva, no sentido em que apesar de ser traumatizante, permitiu uma transição psicossocial passível de fomentar o crescimento individual e que originou uma reestruturação a nível da perspectiva da vida e do projeto de vida pessoal. Este aspeto apela para além da mortalidade, à sobrevivência com uma doença crónica, que pode ser vivida de forma mais positiva ou não, até pelo risco de recorrência (Patrão & Leal, 2004). Para alguns pacientes idosos, maximizar os seus níveis de saúde psicológica e física e da sua qualidade de vida, é o objetivo predominante para superar o tratamento do cancro (Cheng & Lee, 2011). Desta forma, torna-se premente desenvolver intervenções que visem maximizar os níveis de bem-estar subjetivo destas pacientes, por forma a contribuir para um bom envelhecimento (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008).

Neste contexto, o bem-estar subjetivo (BES) é o utilizado para definir a resposta avaliativa emocional e cognitiva que o sujeito elabora acerca da sua própria vida (Diener, 2009). Esta avaliação subjetiva engloba julgamentos e sentimentos acerca da sua satisfação com a vida, interesses e compromisso, reações afetivas, tais como alegria e tristeza, perante os eventos de vida, e satisfação com o trabalho, saúde, sentido da vida e objetivos na vida, entre os outros domínios importantes (Diener & Ryan, 2009). Enquanto o bem-estar é um conceito subjetivo e que ocorre aquando a experiência da pessoa, as manifestações do BES podem ser mensuradas objetivamente através de comportamentos verbais e não-verbais, ações, biologia, atenção e memória (Diener & Ryan, 2009). Um número substancial de medidas de autopreenchimento são utilizadas para o medir o BES, e que podem incluir as componentes afetiva e cognitiva deste constructo (Diener & Ryan, 2009).

Relativamente os fatores passíveis de influenciar os níveis de BES, é importante referir que embora a personalidade possa explicar uma grande parte da variância do BES (i.e, neuroticismo, auto-estima, extroversão, etc), as circunstâncias de vida podem também influenciar os níveis do BES a longo prazo (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Adicionalmente, um BES elevado promove saúde e relações sociais (Diener, 2012). De facto, o BES por influenciar não só fatores ligados à saúde como fatores não relacionados com a saúde (Tessier, Leloirain, & Bonnaud-Antignac, 2012), tais como, a idade, o género, o rendimento e o suporte familiar (Lee & Browne, 2008).

A literatura indica que o BES pode ser um bom preditor para a incidência de cancro e para os índices de sobrevivência (Williams & Schneiderman, 2002), sendo que o otimismo e autoestima encontram-se associados a este constructo (Pinquart & Fröhlich, 2009). O suporte social e o sentido para a vida também podem ajudar a melhorar o BES de pacientes com cancro (Pinquart & Fröhlich, 2009), pois a forma como os sobreviventes se veem a si próprios em relação ao mundo poderá afetar o seu bem-estar (Zebrack, 2000).

Os estudos existentes acerca do Bem-Estar Subjetivo em idosas com cancro da mama são ainda escassos, o que torna premente futuras investigações acerca desta temática. Desta forma, o presente estudo teve como principais objectivos: (a) Averiguar a associação da escala de bem-estar do BES e as suas dimensões cognitiva e afetiva com o cancro da mama em remissão; e (b) Avaliar a associação das dimensões cognitiva e afetiva do BES em ambos os grupos.

MÉTODO

Participantes

No presente estudo a amostra foi composta por 378 mulheres, não institucionalizadas e com idades compreendidas entre os 75 anos ou superior ($M = 85,27$; $DP = 6,59$; intervalo 75-100). Da amostra 31,3% são inglesas e 55,3% são

profissionalmente ativas. Cento e noventa e três mulheres desta amostra foram diagnosticadas com cancro da mama em remissão, enquanto as restantes 194 não foram diagnosticadas com nenhum tipo de doença oncológica. A participação dos indivíduos amostrais foi seleccionada de acordo com a disponibilidade dos inquiridos, através de listas de locais comunitários e de centros de saúde. Os critérios de inclusão incluíram a inexistência de perturbações psiquiátricas de acordo com o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), sendo que todos aqueles que obtiveram menos de 26 pontos do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) foram excluídos. O quadro 1 apresenta os dados socio-demográficos e características de saúde da amostra em questão

Quadro 2.

Distribuição das participantes de acordo com as características socio-demográficas e associadas à saúde

	Cancro de mama em remissão		Sem cancro de mama em remissão		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>N</i>	193	49,9	194	50,1	387	100,0
Idade (<i>M</i> ; <i>DP</i>)	84,72 (6,896)		85,82 (6,235)		85,27 (6,588)	
Nacionalidade						
Angolana	54	14,0	16	4,1	70	18,1
Brasileira	61	15,8	57	14,7	118	30,5
Inglesa	33	8,5	88	22,7	121	31,3
Portuguesa	45	11,6	33	8,5	78	20,2
Estado Civil						
Não Casado, ou sem uma relação	87	22,5	118	30,5	205	53,0
Casado ou numa relação	106	27,4	76	19,6	182	47,0
Estatuto Profissional						
Activo	107	27,6	107	27,6	214	55,3
Inactivo	86	22,2	87	22,5	173	44,7
Doenças Recentes						
Sim	131	33,9	60	15,5	191	49,4
Não	62	16,0	134	34,6	196	50,6
Rendimento Anual						
<10 000 €	87	22,5	109	28,2	196	50,6
>10 000 €	106	27,4	85	22,0	191	49,4

Materialis

No presente estudo a dimensão afetiva do BES é avaliada pela Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005a) e que são passíveis de serem medidas de forma independente uma da outra (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). A PANAS foi inicialmente desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e é uma escala composta por 20 itens de auto-preenchimento que designam afetos, sendo que cada item está associado a uma afeto negativo (exemplo: “Nervoso”) ou a um afeto positivo (exemplo: “Interessado”) e cada total mede a intensidade desse afeto específico (1 = *Nada ou Muito Ligeiramente* a 5 = *Extremamente*) (Rossi & Pourtois, 2012; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Quanto à consistência interna da PANAS, o alfa de Cronbach da escala de Afetos Negativos (AN) está entre 0,84 e 0,87 e o alfa de Cronbach da escala de Afetos Positivos (AP) está entre 0,86 e 0,90 (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005b; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A dimensão cognitiva do BES foi avaliada pela escala de satisfação com a vida (ESV) (Simões 1992), que foi validada e traduzida da Satisfaction With Life Scale (SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). A ESV (Simões 1992) é utilizada para avaliar a componente cognitiva do BES, uma vez que remete para uma avaliação global do próprio acerca da sua vida, acerca da satisfação que sente perante a sua vida (Shin & Johnson, 1978). Esta escala é composta por 5 itens de auto-preenchimento, tais como “As condições da minha vida muito boas” ou “Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejava” (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). A escala é do tipo Likert de 7 pontos (1 = *Discordo Totalmente*, 7 = *Concordo Totalmente*) (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Nos estudos da escala original Diener e os colegas apresentaram um alfa de Cronbach de 0,87 (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) e no estudo de Neto (1993) a ESV apresentou um coeficiente de consistência interna de 0,78. Tais valores correspondem a um nível elevado de consistência interna da ESV. Os instrumentos referidos anteriormente, assim como o questionário de dados socio-demográficos, foram utilizados para caracterizar compreensivamente os dados deste estudo.

Procedimento

A amostra foi recolhida pelo método não-probabilístico de conveniência (Maroco, 2010). Assim, as participantes foram recrutadas em Universidades Sénior, centros de dia e centros comunitários. Todos os participantes deram o seu consentimento informado após a apresentação do estudo. Os questionários foram aplicados individualmente para aqueles que desejaram participar. A informação privada de cada participante não foi partilhada sem o conhecimento destes ou contra a sua vontade. Do mesmo modo, nenhum dos participantes foi identificado e a qualquer altura da investigação os participantes podiam desistir sem qualquer penalização. Posteriormente, os participantes foram distribuídos em dois grupos: cancro de mama em remissão e sem cancro de mama em remissão. Seguidamente procedeu-se à análise estatística dos dados obtidos.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva em relação às variáveis demográficas e aos totais das subescalas do BES. Quanto à consistência interna das escalas PANAS, AP, NA e ESV, o alfa de Cronbach do AP, AN e ESV encontra-se compreendido entre 0,91, 0,88 e 0,77, respetivamente, sendo que considerámos estas escalas como tendo níveis adequados de fiabilidade. Por, ultimo, por forma a analisar se o cancro da mama em remissão estava associado às componentes afetiva e cognitiva do BES e ao total de BES, utilizámos o V de Cramer (Maroco, 2010). Os dados foram analisados através do SPSS para o Windows (versão 20.0; SPSS Inc., Chicago, IL).

RESULTADOS

Por forma a avaliar a associação entre as componentes cognitiva afetiva do BES e o cancro da mama em remissão, os resultados demonstraram uma correlação moderada alta entre o total de AP e o cancro da mama ($V = 0,54$; $p < 0,001$) e entre total de ESV e o cancro da mama ($V = 0,54$; $p < 0,001$). O cancro da mama e total de afetos positivos e negativos também apresentaram uma elevada associação ($V = 0,66$; $p < 0,001$) assim como o total de BES e o cancro da mama ($V = 0,67$; $p < 0,001$). Pelo contrário, total de AN não apresentou uma associação significativa com o cancro da mama ($V = 0,35$; $p = 0,11$).

Tendo em conta a associação entre a componente cognitiva e a componente afetiva, verificou-se uma correlação bastante elevada entre o total da PANAS e o da ESV em ambos os grupos (ver quadro 2). No grupo com cancro da mama em remissão, o total de

AP encontra-se fortemente correlacionado com o total de ESV ($r = 0,96$; $p < 0,001$). Pelo contrario, o total de AN apresentou uma correlação muito baixa com o total de ESV ($r = 0,19$; $p < 0,001$). Quanto ao grupo sem cancro da mama em remissão, o total de AP apresentou uma correlação muito elevada com o total de ESV ($r = 0,90$; $p < 0,001$), assim como o total de NA e o total de ESV que tiveram uma associação elevada ($r = 0,76$; $p < 0,001$).

Quadro 2.

Correlações entre Afetos Positivos, Afetos negativos, Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Afetos Positivos e Negativos e Bem-Estar Subjetivo em ambos os grupos

	PANAS	Afetos Positivos	Afetos Negativos	Escala de Satisfação com a Vida
Com Cancro de Mama em Remissão				
1. Escala de Afetos Positivos e Negativos	-	-	-	-
1.1. Afetos Positivos	0,76***	-	-	-
1.2. Afetos Negativos	0,79***	0,21*	-	-
2. Escala de Satisfação com a Vida	0,73***	0,96***	0,19***	-
Sem Cancro da Mama em Remissão				
1. Escala de Afetos Positivos e Negativos	1	-	-	-
1.1. Afetos Positivos	0,96***	1	-	-
1.2. Afetos Negativos	0,97***	0,88***	1	-
2. Escala de Satisfação com a Vida	0,86***	0,90***	0,76***	1

Note: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que o total de BES e as suas dimensões se encontram correlacionados com o cancro da mama na nossa amostra. De acordo, com Pinquart e Fröhlich (2009), ser diagnosticado com cancro representa uma ameaça significativa ao BES, o que poderá indicar que esta constructo está associado ao cancro da mama mesmo na adultícia avançada. Wikman, Wardle e Steptoe (2011) referem que ter uma doença crónica está associado a uma redução significativa do bem-estar afetivo, comparativamente a um grupo de pessoas saudáveis. No presente estudo, não se verificou nenhuma correlação significativa entre o total de AN e o cancro da mama. Alguns autores sugerem que o cancro, comparado com outras doenças crónicas como a diabetes, tem menos impacto no decurso da doença (Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dash, & Rigler, 1980), o que poderá explicar o reduzido valor da escala de afetos negativos nas mulheres com cancro da mama na nossa amostra.

De acordo com Wikman, Wardle e Steptoe (2011), dependendo de certas condições associadas ao cancro, o diagnóstico e os efeitos do tratamento são mais adversos para o bem-estar afetivo do que outros. No nosso estudo, não só o total de AP está fortemente associado ao cancro da mama como este grupo apresentou os valores mais elevados do total de AP. Uma possibilidade para tais resultados remete para o facto de o bem-estar afetivo ser influenciado por inúmeros outros fatores, tais como, circunstâncias sociais e materiais, capacidade de concretizar ambições e restrições quanto a oportunidades e escolhas (Wikman, Wardle, & Steptoe, 2011). Desta forma, hipotetizamos que tais fatores poderão ter incrementado as associações entre AP e cancro da mama na nossa amostra.

Os resultados revelaram, também, que as dimensões cognitiva e afetiva do BES estão fortemente associadas em ambos os grupos. De facto, diversos estudos acerca do BES na adultícia avançada sugerem que o envelhecimento não influencia a ESV e nem

o total de AN. Acrescentam ainda que uma diminuição do valor total de AP poderá resultar do recurso a estratégias de estabilidade emocional e adaptação às condições de vida (Oliveira, Queiroz, & Costa, 2012). Adicionalmente, o nível de satisfação pode ser um fator modulador que potencia um aumento ou decréscimo de emoções positivas e negativas de acordo com o que a pensa (Diener, 1984). Neste contexto, Pethtel e Chen (2010) exploram as relações entre as componentes afetiva e cognitiva do BES em diferentes culturas e independentemente da idade, tendo concluído que o total de AP e o total de AN se encontravam correlacionados com o total da ESV, em diversas culturas.

Apesar dos resultados relevantes obtidos no presente estudo, torna-se necessária a enumeração de certas limitações. Assim, os participantes foram recrutados através de Universidades Sénior, centros de dia e centros comunitários, o que poderá constituir um enviesamento ao nível da seleção da amostra. Por outro lado, os materiais utilizados neste estudo foram de autopreenchimento, o que significa que a sua relevância clínica ainda não tenha sido determinada e consequentemente os nossos resultados, embora com significância estatística, necessitam de serem interpretados cautelosamente na prática clínica, para evitar sobrestimação das diferenças.

É, ainda, importante referir que no grupo de mulheres com cancro da mama, 33,9% referiram ter outras doenças para além do cancro, o que poderá ter influenciado os resultados de algum modo. Outros fatores tais como circunstâncias sociais e materiais, capacidade de concretizar ambições e oportunidades e escolhas restritas poderão, também, ter influenciado as associações elevadas entre o BES e o cancro da mama na nossa amostra. Tais variáveis não foram exploradas no nosso estudo.

Futuras investigações devem ter em consideração as limitações acima referidas por forma a compreender inteiramente as relações entre o cancro da mama em remissão e o BES em mulheres idosas, para que se consiga fortalecer as populações sénior com recursos que lhes permitam superar as dificuldades inerentes às doenças crónicas, como o cancro da mama. Em particular, estudos futuros deveriam aumentar a dimensão da amostra e comparar os efeitos do cancro da mama em remissão no BES num grupo de mulheres com intervenções oncológicas bem estabelecidas e num grupo de mulheres que corresponderia ao grupo de controlo.

Por fim, apesar do BES e o cancro da mama terem apresentado uma correlação extremamente elevada, os nossos resultados não indicaram se o cancro da mama influenciou o BES ou o inverso. Um estudo longitudinal poderá acarretar uma análise mais compreensiva dos efeitos do cancro da mama em remissão no BES destas pacientes, o que adicionaria informação relevante a estes resultados.

Em suma, no presente estudo, o cancro da mama apresentou uma correlação muito forte com o total de BES e suas dimensões, exceto no total da escala AN. As dimensões cognitiva e afetiva do BES também estavam fortemente associadas em ambos os grupos. Este estudo, ao invés de se focar somente nos tratamentos clínicos, providencia um contributo original em termos de relevância do bem-estar nas condições crónicas na adultícia avançada, enquadrados numa abordagem salutogénica que se concilia com um envelhecimento saudável na adultícia avançada.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (FCT) pela bolsa [SFRH/BD/44544/2008] para esta investigação.

REFERÊNCIAS

- Alves, L., Leiman, B., Vasconcelos, M., Carvalho, M., Vasconcelos, A., Fonseca, T., . . . Laurenti, R. (Agosto de 2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 1924-1930. doi:org/10.1590/S0102-311X2007000800019
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington: APA.
- 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. doi:org/10.1016/j.critrevonc.2010.03.002
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi:org/10.1037//0033-2909.95.3.542
- Diener, E. (2009). The Science of Well-Being. *Social Indicators Research Series*, 37, 11-58. doi:org/10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x
- Diener, E. (2012). New findings and future directions for subjective well-being research. *American Psychologist*, 67, 590-597. doi:org/10.1037/a0029541
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406. doi:org/10.1177/008124630903900402
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi:org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, Culture and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. doi:org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi :org/10.1037/0033-2909.125.2.276
- Direcção-Geral da Saúde (DGS). (2003). O cancro da mama é sempre igual? In DGS, *Guia de apoio à mulher com cancro de mama* (5-6). Lisboa: DGS.
- Fernández-Ballesteros, R. (2006). GeroPsychology: An Applied Field for the 21st Century. *European Psychologist*, 11, 312-323. doi:org/10.1027/1016-9040.11.4.312
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- 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.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23, 219-227.
- Hsu, H., & Tung, H. (2010). What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological well-being for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 14, 851-860. doi:org/10.1080/13607861003800997

- Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberg, L., Dash, J., & Rigler, D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence: I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. *Journal of Pediatrics*, 97, 126-131. doi:org/10.1016/S0022-3476(80)80152-1
- Lee, A., & Browne, M. (2008). Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. *Australian Journal of Rural Health*, 16, 290-296. doi:org/10.1111/j.1440-1584.2008.00986.x
- Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). Successful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 795-807. doi:org/10.1111/j.1440-1584.2008.00986.x
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, XXXIX, 339-363.
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, M. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 165-184.
- National Cancer Institute (NCI). (2009). Cancer Cells/ Risk factors. In NCI, *What You Need To Know About Breast Cancer* (3-4). Baltimore, EUA: National Institutes of Health.
- Oliveira, S., Queiroz, M., & Costa, M. (2012). Bem estar subjectivo na terceira idade. *Motricidade*, 8, 1038-1047.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5, 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2008). Uma questão de «benefit finding»? O impacto emocional do cancro da mama. In I. Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Edits). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.279-282). Porto: Universidade do Porto.
- Ramos, A., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, XXIII, 295-304.
- Pinquart, M., & Fröhlich, C. (April de 2009). Psychosocial resources and subjective well-being of cancer patients. *Psychology & Health*, 24, 407-421. doi:org/10.1080/08870440701717009
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4, 543-557.
- Rebelo, V., Rolin, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 13-32.
- Rossi, V., & Pourtois, G. (2012). Transient state-dependent fluctuations in anxiety measured using STAI, POMS, PANAS or VAS: a comparative review. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 5, 603-645. doi:org/10.1080/10615806.2011.582948
- Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492. doi:org/10.1007/BF00352944
- Tessier, P., Leloirain, S., & Bonnaud-Antignac, A. (2012). A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care*, 21, 692-700. doi:org/10.1111/j.1365-2354.2012.01344.x
- VaZ, R., & Nodin, N. (2006). A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, XXIII, 329-339.
- 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, 1063-1070. doi:org/10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011). Quality of Life and Affective Well-Being in Middle-Aged and Older People with Chronic Medical Illnesses: A Cross-Sectional Population Based Study. *Plos one*, 6, 1-8. doi:org/10.1371/journal.pone.0018952
- Williams, B., & Schneiderman, N. (2002). Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease. *Psychosomatic Medicine*, 64, 552-557. doi:org/10.1097/01.PSY.0000023410.02546.5D
- World Health Organization (WHO). (2009). Older Women. What are the health problems that older women face? In WHO, *Women Health - Today's evidence tomorrow's agenda* (62-64). Geneva, Suíça: WHO.
- Zebrack, J. (2000). Cancer survivor identity and quality of life. *Cancer Practice*, 8, 238-242. doi:org/10.1046/j.1523-5394.2000.85004.x

O BEM-ESTAR DO DOENTE SEGUIDO EM CUIDADOS PALIATIVOS NA PERSPETIVA DA FAMÍLIA

José Luís Pais-Ribeiro 1 e Ana Carolina Silva L. C. Ponte ✉ 2

1- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto; 2-Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

A evolução dos cuidados de saúde no mundo, a consequente diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida, que se traduzem num considerável envelhecimento da população, têm contribuído para a existência de um número crescente de pessoas que sofrem de doença crónica (Neto, 2006). Atualmente morre-se cada vez mais tarde e principalmente por doença prolongada, o que implica uma necessidade de mudança de paradigma do curar para o cuidar. A passagem de um modelo centrado na doença para uma abordagem centrada no doente pode ser auxiliada pelos cuidados paliativos (CP), que tomam por base as necessidades/desejos do doente e da sua família para a definição do plano de cuidados (Bergman, Fink, Kwan, Maliski, & Litwin, 2011).

Segundo a Lei de Base de CP, a família compreende a pessoa ou pessoas designadas pelo doente com as quais ele mantém uma relação próxima, podendo ter ou não laços de parentesco, e à qual estão consagrados os seguintes direitos: receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo de luto; participar na escolha do local da prestação de CP; receber informação sobre o estado clínico do doente, se for essa a vontade do mesmo; participar nas decisões sobre os cuidados que serão prestados ao doente e à família, e; receber informação objetiva e rigorosa sobre as condições de internamento. Por outro lado, as famílias têm o dever de colaborar com os serviços com vista ao melhor interesse do doente e à eficiência dos cuidados prestados (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro).

O diagnóstico de uma doença grave é um dos acontecimentos mais stressantes com que a família se depara (Copeland, 1988) e que lhe induz uma sobrecarga a vários níveis (Sousa, 2007): instrumental (deslocações a consultas médicas e tratamentos, muitas vezes a longas distâncias), emocional (sofrimento e invasão da ameaça da morte), financeiro (gastos adicionais e diminuição do contributo financeiro do membro doente) e profissional (necessidade de conciliar a gestão da doença com as exigências do seu trabalho). A fase de doença avançada pode desencadear problemas claramente diferentes dos vivenciados numa fase inicial, ameaçando significativamente toda a família, que passa a se confrontar com múltiplos desafios que dependem da evolução do seu ciclo vital, da sua estrutura relacional e de conflitos pré-existentes (Sherman, 1998).

✉ - Ana Carolina Silva L. C. Ponte, Estrada do Aeroporto, Edif. Costa Azul IV, Bl.C 3ºV, 9125-081 Santa Cruz – Portugal, e-mail: anacarolina.ponte@gmail.com

Com o conhecimento de que o seu ente querido tem pouco tempo de vida, os membros da família passam a estar mais atentos aos seus sintomas e comportamentos, tentando satisfazer todos os seus desejos e necessidades, alterando assim as suas vidas para poder passar o máximo de tempo possível com ele (Pereira & Lopes, 2002). A família é, portanto, o principal recurso de apoio e afeto para o doente paliativo, ajudando-o a lidar eficazmente com a progressão da doença (Docherty, 2004). Contudo, há uma influência recíproca entre doente e família na vivência do sofrimento. Quando os cuidadores percebem que o doente em fim de vida não é tratado com respeito ou tem necessidades por suprir apresentam maiores níveis de *stress* e maior esgotamento objetivo, que se repercute negativamente no doente, que passa a manifestar uma maior intensidade de sintomas físicos, humor depressivo e menor qualidade de vida (O'Hara et al., 2010).

Ao estarem envolvidos nos cuidados diários do doente, os cuidadores informais têm um acesso privilegiado à sua condição física, psicológica e social, constituindo uma importante fonte de informação para o médico, o que possibilita uma maior eficácia na tomada de decisões (Oliveira & Pimentel, 2008). Os cuidadores informais são, portanto, uma fonte frequente e indispensável sobre o estado do doente paliativo, e a única a quem os profissionais de saúde podem recorrer para aceder às suas preferências quando ele já não as puder expressar (Pastrana et al., 2010).

O objetivo do presente estudo é caracterizar o nível de bem-estar do doente seguido em CP e os fatores preponderantes para o maximizar; de acordo com a perspetiva da família.

MÉTODO

Com o intuito de identificar os aspetos que se relacionam com o bem-estar do doente seguido em CP segundo a perspetiva da família foi desenvolvido um estudo transversal, exploratório, de caráter descritivo-correlacional. Consideraram-se dois tipos de variáveis, a variável principal: o bem-estar; e as variáveis secundárias: idade, região, sexo, estado civil, escolaridade, grau de parentesco com o doente, tipo de deslocação e importância da fé.

Participantes

Participaram no estudo 83 familiares de doentes seguidos em unidades/serviços de CP. A recolha de dados decorreu em diferentes unidades/serviços de CP da região Norte (Serviço de CP do IPO-Porto), Centro (Serviço de Medicina Paliativa do Hospital do Fundão - Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE; Unidade de CP do Hospital Nossa Senhora da Graça - Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE) e de Lisboa (Unidade de CP do Hospital do Mar). Constituem uma amostra de conveniência, sendo incluídas todas as pessoas significativas (familiares ou amigos) presentes nas unidades/serviços de CP mencionadas, com idade igual ou superior a 18 anos e capacidade para perceber os objetivos, e que no momento da recolha de dados, após esclarecimento e leitura do consentimento informado, acederam participar no estudo formalizando a sua vontade por escrito.

Os 83 participantes são maioritariamente do sexo feminino (68,7%) e residentes na região Norte (51,8%). A média de idades foi de 51,2 (*DP*= 16,6) variando entre os 24 e os 88 anos. Sessenta e dois (74,7%) eram casados ou viviam em união de facto. O nível de escolaridade foi muito variável entre os participantes, não obstante, o primeiro ciclo foi o mais frequente $n = 32$ (38,6%). As pessoas significativas que visitavam o doente ao internamento ($n = 76$) ou o acompanhavam à consulta externa ($n = 7$) eram na sua maioria filhos (28,9%) ou cônjuges (21,7%). A fé foi apontada pela família como muito

importante $n = 41$ (49,4%), apenas 3 indivíduos (3,6%) a consideraram sem importância. As características sociodemográficas da amostra de famílias encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1-

Características sociodemográficas da amostra de famílias

Características	Famílias (N = 83)		
	Min-Máx	M	DP
Idade	24-88	51,2	16,6
	<i>n</i>	<i>%</i>	
Região			
Norte	43	51,8	
Centro	19	22,9	
Lisboa	21	25,3	
Sexo			
Masculino	26	31,3	
Feminino	57	68,7	
Estado Civil			
Solteiro	14	16,9	
Casado/União de facto	62	74,7	
Divorciado/Separado	3	3,6	
Viúvo	4	4,8	
Escolaridade			
Nenhuma	1	1,2	
1º Ciclo	32	38,6	
2º Ciclo	10	12	
3º Ciclo	14	16,9	
Ensino Secundário	10	12	
Bacharelato	6	7,2	
Licenciatura ou M.I.	9	10,8	
Mestrado	1	1,2	
	<i>n</i>	<i>%</i>	
Grau de parentesco com o doente			
Cônjuge/Companheiro (a)	18	21,7	
Filho (a)	24	28,9	
Pai/mãe	1	1,2	
Irmão(a)	7	8,4	
Cunhado(a)	9	10,8	
Genro/Nora	7	8,4	
Sobrinho(a)	7	8,4	
Neto(a)	2	2,4	
Primo (a)	2	2,4	
Outros	6	7,2	
Tipo de deslocação			
Visita ao internamento	76	91,6	
Acompanhamento à consulta externa	7	8,4	
Importância da fé			
Nada importante	3	3,6	
Importante	39	47,0	
Muito Importante	41	49,4	

Material

O material foi composto por um questionário de dados sociodemográficos; um item de avaliação global do bem-estar, e; uma questão para identificação dos fatores mais importantes à promoção do bem-estar.

Item de avaliação global do bem-estar - Recorreu-se a uma escala numérica para avaliar a opinião da família acerca do nível de bem-estar do doente. As famílias responderam à seguinte questão: “na sua opinião qual o nível de bem-estar do seu familiar?”, pontuando entre “0” e “10” que correspondem, respetivamente, à “ausência de bem-estar” e “máximo bem-estar”, compreendendo uma posição neutra (“5”).

Questão de identificação dos fatores promotores de bem-estar - Adotaram-se os fatores considerados importantes ao fim de vida identificados por Steinhäuser et al. (2000a) como os mais frequentemente referidos por doentes, famílias e profissionais de saúde, em doze grupos focais. Os familiares posicionaram-se numa escala numérica, indicando o grau de importância, entre “0” *nada importante* e “10” *extremamente importante*, da “ausência de dor”, “estar em paz com Deus”, “ter a presença da família”, “estar consciente”, “ver as suas opções de tratamento seguidas”, “ter as finanças em ordem”, “sentir que a vida teve sentido”, “resolver conflitos” e “morrer em casa” para o seu bem-estar do seu familiar.

Procedimento

Foi enviado um documento com o protocolo do estudo e o material de recolha de dados a cada unidade/serviço de CP portuguesa com regime de internamento, contendo um pedido de autorização aos Conselhos de Administração e um pedido de parecer para as Comissões de Ética. Os diretores de serviço das quatro unidades/serviços de internamento de CP que aprovaram a prossecução da investigação nas suas instalações foram contactados para agendar uma data para a recolha de dados. Esta decorreu entre o final de 2009 e meados de 2010. Os dados foram posteriormente analisados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20 para Windows.

RESULTADOS

A opinião da família acerca do nível de bem-estar do doente variou entre a ausência de bem-estar e o seu nível máximo, atribuindo-lhe uma média de 5,90 ($DP = 3,02$) entre 0-10. O grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família é apresentado no quadro seguinte. Os nove fatores foram apontados como importantes, na medida em que as médias variaram entre 9,93 ($DP = 0,30$) para a ausência de dor e 5,66 ($DP = 3,72$) para o morrer em casa. A ausência de dor e ter a presença da família foram os aspetos considerados mais importantes pelos familiares e os que reuniram maior consenso, com uma média de 9,93 ($DP = 0,30$) e 9,76 ($DP = 0,81$), respetivamente. Sentir que a vida teve sentido, ver as suas opções de tratamento seguidas e ter as finanças em ordem foram observados pela família como mais importantes para o bem-estar do doente do que o estar consciente ou resolver conflitos.

Quadro 2: *Grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família*

Fatores importantes para o bem-estar do doente	Família		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Máx</i>
Ausência de dor	9,93	0,30	8-10
Estar em paz com Deus	8,78	2,41	0-10
Ter a presença da família	9,76	0,81	5-10
Estar consciente	7,96	2,75	0-10
Ver as suas opções de tratamento seguidas	8,34	2,26	0-10
Ter as finanças em ordem	8,17	2,88	0-10
Sentir que a vida teve sentido	8,72	2,21	0-10
Resolver conflitos	7,67	3,26	0-10
Morrer em casa	5,66	3,72	0-10

Tal como é possível verificar no quadro 3, realizou-se o teste de correlação de *Pearson*, não tendo sido encontrada associação significativa entre a idade das famílias e o nível de bem-estar atribuído aos doentes. O teste *F* de análise de variância univariada permitiu encontrar uma diferença de médias estatisticamente significativa no nível de bem-estar que as famílias atribuíram ao doente consoante a região em que se

encontravam ($F(2,80)=4,05$, $p < 0,05$). Estas situam-se, de acordo com o teste *Scheffé*, entre os familiares do Centro ($n = 19$; $M = 4,89$; $DP = 3,20$) e os de Lisboa ($n = 21$; $M = 7,38$; $DP = 2,44$). Os familiares do sexo feminino ($M = 5,95$; $DP = 2,89$), viúvos ($M = 5,95$; $DP = 3,20$), com ensino superior ($M = 6,25$; $DP = 2,70$) e cuja fé é importante em suas vidas ($M = 6,31$; $DP = 2,83$) atribuíram uma média superior ao bem-estar do doente, contudo as diferenças entre grupos não são significativas.

Quadro 3: *Relação e diferenças entre as características sociodemográficas e o nível de bem-estar do doente na perspetiva da família*

Características	Nível de bem-estar do doente				$F (gl) p$	$t (gl) p$
	N		r			
Idade	83		- 0,06 ns*			
	n	M	DP	$Min-Máx$		
Região						
Norte	43	5,63	2,98	0-10	4,05 (2,80) *	
Centro	19	4,89	3,20	0-10		
Lisboa	21	7,38	2,44	2-10		
Sexo						
Masculino	26	5,81	3,34	0-10		- 0,20 (81) ns
Feminino	57	5,95	2,89	0-10		
	n	M	DP	$Min-Máx$		
Estado Civil						
Solteiro	14	5,86	2,35	1-10	0,35 (3,79) ns	
Casado/União de facto	62	5,87	3,19	0-10		
Divorciado/Separado	3	5,00	2,65	3-8		
Viúvo	4	5,95	3,20	4-10		
Escolaridade						
1º Ciclo ou inferior	33	5,70	3,33	0-10	0,18 (4,78) ns	
2º Ciclo	10	6,20	3,08	1-10		
3º Ciclo	14	5,57	3,13	0-10		
Ensino secundário	10	6,20	2,62	0-10		
Ensino superior	16	6,25	2,70	1-9		
Grau de parentesco						
Cônjuge/Companheiro (a)	18	6,44	3,54	0-10		
Filho (a)	24	5,88	2,54	0-10		
Pai/mãe	1	0,00	0,00	0		
Irmão(a)	7	5,71	2,69	3-10		
Cunhado(a)	9	6,67	3,71	0-10		
Genro/Nora	7	8,00	1,83	5-10		
Sobrinho(a)	7	4,14	2,67	0-7		
Neto(a)	2	6,50	3,54	4-9		
Primo (a)	2	2,50	3,54	0-5		
Outros	6	5,00	1,79	3-8		
Tipo de deslocação						
Visita ao internamento	76	6,03	3,10	0-10		2,29 (12,46) *
Acompanhamento a c. ext.	7	4,57	1,40	3-7		
Importância da fé						
Nada importante	3	4,33	4,16	1-9	0,92 (2,80) ns	
Importante	39	6,31	2,83	0-10		
Muito importante	41	5,63	3,12	0-10		

Nota. ns* - correlação não significativa; ns - Diferença de médias não significativa; * $p < 0,05$

O sexo e o tipo de deslocação foram testados pelo teste t de *Student*. Verificou-se que a avaliação que as famílias fizeram acerca do nível de bem-estar do doente variou em função do tipo de deslocação, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($t(12,46)=2,29$, $p < 0,05$). Os familiares que visitavam o doente ao internamento

consideraram que ele apresentava um maior nível de bem-estar ($M = 6,03$; $DP = 3,10$) do que os que o acompanhavam à consulta ($M = 4,57$; $DP = 1,40$).

A opinião acerca do nível de bem-estar foi muito variável de acordo com o parentesco entre doente e família. Os cônjuges/companheiros ($n = 18$) e os filhos ($n = 24$) observaram-no como moderado, já o único pai/mãe da amostra considerou o nível de bem-estar do seu filho(a) como inexistente. Níveis inferiores de bem-estar são apontados por primos ($n = 2$; $M = 2,50$; $DP = 3,54$) e por sobrinhos ($n = 7$; $M = 4,14$; $DP = 2,67$).

A partir da análise descritiva do Quadro 4 é possível verificar que a ausência de dor, ter a presença da família e estar em paz com Deus foram os fatores mais valorizados nas diferentes regiões, com médias muito semelhantes. Estar consciente foi considerado menos importante pelas famílias da região Norte ($M = 7,58$; $DP = 3,11$). Estas também se distinguiram das restantes pela atribuição de uma maior importância a ver as suas opções de tratamento seguidas ($M = 8,77$; $DP = 2,34$) e a resolver conflitos ($M = 8,58$; $DP = 2,21$), aspeto menos importante na região Centro ($M = 6,32$; $DP = 4,49$). Os familiares da região de Lisboa foram os que atribuíram uma média inferior a estar em paz com Deus ($M = 8,24$; $DP = 2,64$) e a ter as finanças em ordem ($M = 7,24$; $DP = 3,16$). Morrer em casa assumiu níveis de relevância distintos entre as diferentes regiões, com uma média de 6,33 ($DP = 3,76$) na região Norte, 5,26 ($DP = 4,27$) no Centro e 4,67 ($DP = 2,92$) em Lisboa.

Quadro 4-

Relação entre a região e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	Região Norte ($n = 43$)			Região Centro ($n = 19$)			Região de Lisboa ($n = 21$)		F (gl) p
	M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx	
Ausência de dor	9,95 (0,21)	9-10		10,00 (0,00)	10-10		9,81 (0,51)	8-10	-
Estar em paz com Deus	8,93 (2,50)	0-10		9,05 (1,90)	4-10		8,24 (2,64)	0-10	-
Ter a presença da família	9,86 (0,47)	8-10		9,74 (0,93)	6-10		9,57 (1,17)	5-10	-
Estar consciente	7,58 (3,11)	0-10		8,74 (2,02)	3-10		8,05 (2,46)	0-10	-
Ver suas opções de trat. seg.	8,77 (2,34)	0-10		7,95 (2,37)	3-10		7,81 (1,89)	4-10	1,66 (2,80) ns
Ter as finanças em ordem	8,33 (2,55)	0-10		8,84 (3,13)	0-10		7,24 (3,16)	0-10	-
Sentir que vida teve sentido	8,93 (2,01)	0-10		8,53 (3,10)	0-10		8,48 (1,63)	5-10	-
Resolver conflitos	8,58 (2,21)	0-10		6,32 (4,49)	0-10		7,05 (3,37)	0-10	-
Morrer em casa	6,33 (3,76)	0-10		5,26 (4,27)	0-10		4,67 (2,92)	0-10	-

Nota. ns - Diferença de médias não significativa

A relação entre o sexo, a idade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família encontra-se exposta no Quadro 5. Pela sua observação, verifica-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres apenas quanto ao fator ver as suas opções de tratamento seguidas ($t(41,13) = -2,29$, $p < 0,05$), com as mulheres a apresentarem uma média superior ($M = 8,74$; $DP = 2,05$). Outros aspetos mais valorizados pelo sexo feminino foram estar em paz com Deus ($M = 9,09$; $DP = 2,06$) e ter as finanças em ordem ($M = 8,47$; $DP = 2,60$). Os membros da família do sexo masculino atribuíram uma importância muito superior a estar consciente ($M = 9,12$; $DP = 1,21$), pontuando ligeiramente acima quanto a resolver conflitos ($M = 7,92$; $DP = 2,90$) e morrer em casa ($M = 5,81$; $DP = 3,44$). Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre a idade e os diferentes fatores.

Quadro 5-

Relação entre o sexo, a idade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	Sexo masculino (n = 26)		Sexo feminino (n = 57)		t (gl) p	Idade r
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx		
Ausência de dor	9,81 (0,49)	8-10	9,98 (0,13)	9-10	-	0,11 ns
Estar em paz com Deus	8,12 (2,97)	0-10	9,09 (2,06)	0-10	-	0,08 ns
Ter a presença da família	9,81 (0,49)	8-10	9,74 (0,92)	5-10	-	0,06 ns
Estar consciente	9,12 (1,21)	6-10	7,44 (3,08)	0-10	-	- 0,07 ns
Ver as suas opções de trat. seg	7,46 (2,49)	2-10	8,74 (2,05)	0-10	-2,29 (41,13)*	- 0,10 ns
Ter as finanças em ordem	7,50 (3,36)	0-10	8,47 (2,60)	0-10	-	0,13 ns
Sentir que a vida teve sentido	8,65 (2,17)	0-10	8,75 (2,24)	0-10	-	- 0,18 ns
Resolver conflitos	7,92 (2,90)	0-10	7,56 (3,43)	0-10	-	- 0,15 ns
Morrer em casa	5,81 (3,44)	0-10	5,60 (3,87)	0-10	0,24 (81) ns	- 0,21 ns

ns – resultados estatisticamente não significativas; *p < 0,05

A estatística descritiva referente à relação entre o estado civil e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família é apresentada no quadro seguinte, onde se observam valores muito semelhantes entre todos os grupos no que concerne à primazia da ausência de dor e ter a presença da família sobre os restantes fatores.

É possível observar que estar consciente foi considerado extremamente importante por familiares divorciados (n = 3; M = 10; DP = 0,00) e muito importante pelos solteiros (n = 14; M = 9,00; DP = 1,04). Estes dois grupos também atribuíram uma pontuação superior quanto ao morrer em casa, com uma média de 6,67 (DP = 2,89) e 6,93 (DP = 2,65) respetivamente; aspeto que foi amplamente desvalorizado pelos familiares viúvos (n = 4; M = 2,50; DP = 2,89). Estar em paz com Deus foi menos importante para o grupo dos viúvos (M = 7,50; DP = 5,00), seguido dos solteiros (M = 8,07; DP = 3,13). A importância do doente ver as suas opções de tratamento seguidas foi inferior para os familiares casados (M = 8,24; DP = 2,32) e solteiros (M = 8,21; DP = 2,46). Estes últimos distinguem-se dos restantes grupos, por terem atribuído uma importância superior a sentir que a vida teve sentido (M = 9,36; DP = 1,08), e inferior relativamente a ter as finanças em ordem (M = 6,79; DP = 3,51) e a resolver conflitos (M = 7,36; DP = 3,52).

Quadro 6-

Relação entre o estado civil e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	Solteiros (n = 14)		Casados/União de facto (n = 62)		Divorciado/Separado (n = 3)		Viúvo (n = 4)	
	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
1	9,79 (0,58)	8-10	9,95 (0,22)	9-10	10,00 (0,00)	10-10	10,00 (0,00)	10-10
2	8,07 (3,13)	0-10	8,97 (2,04)	0-10	10,00 (0,00)	10-10	7,50 (5,00)	0-10
3	9,93 (0,27)	9-10	9,69 (0,92)	5-10	10,00 (0,00)	10-10	10,00 (0,00)	10-10
4	9,00 (1,04)	7-10	7,74 (2,89)	0-10	10,00 (0,00)	10-10	6,25 (4,19)	0-9
5	8,21 (2,46)	2-10	8,24 (2,32)	0-10	10,00 (0,00)	10-10	9,00 (0,82)	8-10
6	6,79 (3,51)	0-10	8,35 (2,77)	0-10	10,00 (0,00)	10-10	8,75 (1,89)	6-10
7	9,36 (1,08)	7-10	8,63 (2,37)	0-10	8,33 (2,89)	5-10	8,25 (2,36)	5-10
8	7,36 (3,52)	0-10	7,66 (3,33)	0-10	8,33 (2,89)	5-10	8,50 (1,92)	6-10
9	6,93 (2,65)	3-10	5,53 (3,92)	0-10	6,67 (2,89)	5-10	2,50 (2,89)	0-5

Legenda: 1- Ausência de dor; 2- Estar em paz com Deus; 3- Ter a presença da família; 4- Estar consciente; 5- Ver as suas opções de tratamento seguidas; 6- Ter as finanças em ordem; 7- Sentir que a vida teve sentido; 8- Resolver conflitos; 9- Morrer em casa

A relação entre a escolaridade e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família é apresentada no Quadro 7 onde se pode verificar que os diferentes grupos concordaram quanto aos fatores que reúnem maior

importância: ausência de dor e presença da família. Apesar de muito valorizado pelos restantes grupos, os familiares com ensino superior atribuíram uma menor importância a estar em paz com Deus. Os familiares com nível de escolaridade igual ou inferior ao 1º ciclo ($n = 33$) e os que possuem o ensino secundário ($n = 10$) destacam-se dos restantes grupos por observarem, respetivamente, o fator resolver conflitos como menos importante ($M = 6,97$; $DP = 4,04$) e o ter as finanças em ordem como mais importante ($M = 9,40$; $DP = 0,97$).

Quadro 7-

Relação entre a escolaridade o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	1º Ciclo ou inferior ($n = 33$)			2º Ciclo ($n = 10$)		3º Ciclo ($n = 14$)	
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>		<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>
Ausência de dor	9,97 (0,17)	9-10		10,00 (0,00)	10-10	10,00 (0,00)	10-10
Estar em paz com Deus	9,36 (2,07)	0-10		9,40 (1,58)	5-10	9,21 (1,37)	6-10
Ter a presença da família	9,91 (0,38)	8-10		10,00 (0,00)	10-10	9,21 (1,67)	5-10
Estar consciente	7,97 (2,82)	0-10		7,40 (4,20)	0-10	8,71 (1,94)	5-10
Ver opções de tratamento seguidas	8,33 (2,56)	0-10		9,20 (1,40)	6-10	7,86 (2,51)	3-10
Ter as finanças em ordem	8,97 (2,63)	0-10		7,50 (2,32)	5-10	8,07 (3,67)	0-10
Sentir que a vida teve sentido	8,30 (3,00)	0-10		8,80 (2,04)	5-10	9,29 (0,99)	8-10
Resolver conflitos	6,97 (4,04)	0-10		7,80 (3,23)	0-10	8,00 (3,49)	0-10
Morrer em casa	5,27 (3,96)	0-10		6,00 (3,94)	0-10	5,00 (3,92)	0-10
	Ensino secundário ($n = 10$)		Ensino superior ($n = 16$)		<i>F (gl) p</i>		
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>			
Ausência de dor	10,00 (0,00)	10-10	9,69 (0,60)	8-10			
Estar em paz com Deus	9,10 (1,91)	5-10	6,63 (3,32)	0-10			
Ter a presença da família	9,80 (0,42)	9-10	9,75 (0,58)	8-10			
Estar consciente	8,20 (1,99)	5-10	7,50 (2,66)	0-10			
Ver opções de tratamento seguidas	7,80 (3,05)	0-10	7,25 (2,70)	0-10			
Ter as finanças em ordem	9,40 (0,97)	8-10	8,63 (1,59)	5-10			
Sentir que a vida teve sentido	8,70 (1,06)	7-10	8,00 (2,39)	2-10			
Resolver conflitos	8,80 (1,62)	5-10	8,06 (1,69)	5-10			
Morrer em casa	6,30 (3,97)	0-10	6,44 (2,87)	2-10	0,46 (4,78) ns		

Nota. ns - Diferença de médias não significativa

Pode-se observar no quadro seguinte, referente à relação entre o grau de parentesco e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente, que o único pai/mãe da amostra de famílias considerou que todos os fatores eram extremamente importantes para o bem-estar do seu filho(a). Existiu elevada concordância quanto à avaliação da ausência de dor e da presença da família, apontados como os fatores mais importantes na opinião dos familiares para o bem-estar do doente. Estar em paz com Deus obteve uma média bastante elevada entre quase todos os grupos, no entanto, netos ($n = 2$) e cunhados ($n = 9$) consideraram-no menos importante ($M = 7,50$; $DP = 3,54$; e $M = 7,89$; $DP = 3,55$, respetivamente).

Também se verificou um amplo consenso relativamente à elevada importância atribuída ao sentir que a vida teve sentido. Os cunhados foram os que mais divergiram das pontuações dos restantes grupos ($M = 7,00$; $DP = 4,18$). Apenas os primos ($n = 2$) consideraram estar consciente como indiferente, todos os restantes familiares atribuíram médias muito superiores a 5,00. Ver as suas opções de tratamento seguidas foi apontado como menos importante por netos ($M = 6,00$; $DP = 1,41$) e outros familiares ($M = 6,33$; $DP = 3,01$), tendo-se verificado o mesmo no caso de ter as finanças em ordem, que apresentou uma média de 6,00 ($DP = 2,83$) e de 5,67 ($DP = 4,59$), respetivamente.

A resolução de conflitos e o morrer em casa foram os aspetos que reuniram menor conformidade, tendo sido verificada uma grande diferença de médias. Os irmãos foram os familiares que atribuíram menor importância à resolução de conflitos ($M = 5,29$; DP

= 4,27). O morrer em casa obteve pontuações mais baixas por parte de cônjuges, cunhados, netos e outros familiares, que o observaram como pouco importante.

Quadro 8-

Relação entre o grau de parentesco e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspectiva da família

Fatores	Cônjuge/Companheiro (n = 18)			Filho(a) (n = 24)		Pai/mãe (n = 1)		Irmão (a) (n = 7)	
	M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
1	9,89 (0,33)	9-10		9,92 (0,28)	9-10	10,00 (0,00)	-	10,00 (0,00)	10-10
2	8,72 (2,82)	0-10		8,50 (2,55)	0-10	10,00 (0,00)	-	9,14 (1,86)	5-10
3	9,78 (0,65)	8-10		9,67 (1,05)	5-10	10,00 (0,00)	-	10,00 (0,00)	10-10
4	8,00 (2,72)	0-10		8,54 (2,02)	4-10	10,00 (0,00)	-	7,00 (3,92)	0-10
5	7,56 (2,85)	0-10		8,83 (1,90)	3-10	10,00 (0,00)	-	9,14 (1,22)	7-10
6	7,78 (3,41)	0-10		8,46 (1,87)	5-10	10,00 (0,00)	-	10,00 (0,00)	10-10
7	9,00 (1,24)	6-10		8,92 (1,72)	5-10	10,00 (0,00)	-	8,29 (3,68)	0-10
8	7,78 (3,75)	0-10		8,92 (1,44)	5-10	10,00 (0,00)	-	5,29 (4,27)	0-10
9	4,83 (3,90)	0-10		6,75 (3,04)	0-10	10,00 (0,00)	-	6,43 (3,78)	0-10

Fatores	Cunhado (a) (n = 9)			Genro/nora (n = 7)		Sobrinho (a) (n = 7)		Neto (a) (n = 2)	
	M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx
1	10,00 (0,00)	10-10		10,00 (0,00)	10-10	10,00 (0,00)	10-10	9,00 (1,41)	8-10
2	7,89 (3,55)	0-10		10,00 (0,00)	10-10	9,57 (1,13)	7-10	7,50 (3,54)	5-10
3	9,89 (0,33)	9-10		10,00 (0,00)	10-10	9,57 (0,79)	8-10	10,00 (0,00)	10-10
4	6,56 (4,04)	0-10		7,86 (3,93)	0-10	8,86 (1,68)	6-10	8,00 (1,41)	7-9
5	8,89 (2,09)	4-10		9,57 (0,79)	8-10	8,14 (2,19)	5-10	6,00 (1,41)	5-7
6	8,56 (3,28)	0-10		7,00 (3,83)	0-10	9,71 (0,49)	9-10	6,00 (2,83)	4-8
7	7,00 (4,18)	0-10		9,86 (0,38)	9-10	9,14 (1,57)	6-10	9,00 (1,41)	8-10
8	6,11 (4,70)	0-10		8,43 (2,15)	5-10	6,86 (3,76)	0-10	7,50 (3,54)	5-10
9	3,89 (4,05)	0-10		5,00 (5,00)	0-10	6,43 (3,87)	0-10	4,50 (2,12)	3-6

Fatores	Primo (a) (n = 2)			Outros (n = 6)	
	M (DP)	Min-Máx		M (DP)	Min-Máx
1	10,00 (0,00)	10-10		10,00 (0,00)	10-10
2	10,00 (0,00)	10-10		8,50 (1,76)	6-10
3	10,00 (0,00)	10-10		9,33 (1,63)	6-10
4	5,00 (0,00)	5-5		8,50 (0,84)	8-10
5	8,00 (0,00)	8-8		6,33 (3,01)	2-9
6	7,50 (2,12)	6-9		5,67 (4,59)	0-10
7	9,00 (1,41)	8-10		8,00 (1,90)	5-10
8	9,00 (1,41)	8-10		6,83 (3,19)	1-10
9	7,50 (3,54)	5-10		4,50 (3,83)	0-9

Nota. 1- Ausência de dor; 2- Estar em paz com Deus; 3- Ter a presença da família; 4- Estar consciente; 5- Ver as suas opções de tratamento seguidas; 6- Ter as finanças em ordem; 7- Sentir que a vida teve sentido; 8- Resolver conflitos; 9- Morrer em casa

O Quadro 9 apresenta os resultados do teste *t* de *Student* relativamente à relação entre o tipo de deslocação e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspectiva da família. É possível verificar a existência de diferenças de médias estatisticamente significativas quanto a sentir que a vida teve sentido ($t(81)=3,02$, $p < 0,005$), fator que foi considerado mais importante pelos familiares que visitavam o doente ao internamento ($M = 8,93$; $DP = 1,99$) do que pelos que o acompanhavam à consulta externa ($M = 6,43$; $DP = 3,21$). Morrer em casa foi avaliado pelos familiares que se encontravam em contexto de internamento com uma média

muito inferior ($M = 5,38$; $DP = 3,71$) comparativamente aos que acompanhavam o doente à consulta externa ($M = 8,71$; $DP = 2,22$), diferenças que são estatisticamente significativas ($t(81) = -2,33$, $p < 0,05$).

É ainda possível constatar que os familiares que visitavam o doente ao internamento ($n = 76$) tiveram médias inferiores nos fatores estar em paz com Deus ($M = 8,70$; $DP = 2,49$), ter as finanças em ordem ($M = 8,09$; $DP = 2,95$), ver as suas opções de tratamento seguidas ($M = 8,30$; $DP = 2,29$) e resolver conflitos ($M = 7,67$; $DP = 3,34$). Por outro lado, foram o grupo que mais valorizou o estar consciente ($M = 8,03$; $DP = 2,68$).

Quadro 9-

Relação entre o tipo de deslocação e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	Visita ao internamento ($n = 76$)		Acompanhamento à consult externa ($n = 7$)		$t (gl) p$
	$M (DP)$	Min-Máx	$M (DP)$	Min-Máx	
Ausência de dor	9,92 (0,32)	8-10	10,00 (0,00)	10-10	-
Estar em paz com Deus	8,70 (2,49)	0-10	9,71 (0,76)	8-10	-
Ter a presença da família	9,76 (0,81)	5-10	9,71 (0,76)	8-10	-
Estar consciente	8,03 (2,68)	0-10	7,29 (3,55)	0-10	-
Ver opções de tratamento seguida:	8,30 (2,29)	0-10	8,71 (1,98)	5-10	- 0,46 (81) ns
Ter as finanças em ordem	8,09 (2,95)	0-10	9,00 (1,83)	5-10	-
Sentir que a vida teve sentido	8,93 (1,99)	0-10	6,43 (3,21)	0-9	3,02 (81) *
Resolver conflitos	7,67 (3,34)	0-10	7,71 (2,50)	4-10	- 0,03 (81) ns
Morrer em casa	5,38 (3,71)	0-10	8,71 (2,22)	5-10	- 2,33 (81) **

Nota. ns - Diferença de médias não significativa; * $p < 0,005$ ** $p < 0,05$

O quadro 10 apresenta a relação entre a importância da fé e o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente. Pode-se observar que a média atribuída a estar em paz com Deus é superior com a maior importância conferida à fé pelos familiares. Os que consideraram a fé nada importante ($n = 3$) obtiveram uma média muito inferior ($M = 2,33$; $DP = 4,04$).

Quadro 10-

Relação entre a importância da fé o grau de importância de diferentes fatores para o bem-estar do doente na perspetiva da família

Fatores	Nada importante ($n = 3$)		Importante ($n = 39$)		Muito importante ($n = 41$)		$F (gl) p$
	$M (DP)$	Min-Máx	$M (DP)$	Min-Máx	$M (DP)$	Min-Máx	
Ausência de dor	9,33 (0,58)	9-10	9,92 (0,35)	8-10	9,98 (0,16)	9-10	-
Estar em paz com Deus	2,33 (4,04)	0-7	8,41 (2,41)	0-10	9,61 (1,26)	4-10	-
Ter a presença da família	9,00 (1,00)	8-10	9,79 (0,70)	6-10	9,78 (0,88)	5-10	1,40 (2,80) ns
Estar consciente	9,00 (1,00)	8-10	7,97 (2,72)	0-10	7,88 (2,88)	0-10	0,23 (2,80) ns
Ver suas opções de trat. seg.	6,33 (1,53)	5-8	8,13 (2,36)	2-10	8,68 (2,14)	0-10	1,87 (2,80) ns
Ter as finanças em ordem	7,00 (2,65)	5-10	7,59 (3,41)	0-10	8,80 (2,17)	0-10	-
Sentir que vida teve sentido	9,00 (1,00)	8-10	8,82 (1,92)	0-10	8,61 (2,53)	0-10	0,11 (2,80) ns
Resolver conflitos	7,67 (2,08)	6-10	7,90 (3,31)	0-10	7,46 (3,33)	0-10	0,17 (2,80) ns
Morrer em casa	4,00 (1,73)	2-5	4,64 (3,63)	0-10	6,76 (3,64)	0-10	-

Nota. ns - Diferença de médias não significativa.

Os familiares que consideraram a fé como um aspeto muito importante ($n = 41$) atribuíram uma importância superior ao morrer em casa ($M = 6,76$; $DP = 3,64$) e a ter as finanças em ordem ($M = 8,80$; $DP = 2,17$). Estar consciente e sentir que a vida teve sentido apresentaram uma média superior para os familiares cuja fé não tem importância ($M = 9,00$; $DP = 1,00$).

Recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* para estudar a relação entre a opinião dos familiares acerca do nível de bem-estar e da importância atribuída aos diferentes fatores considerados importantes para o bem-estar do doente. Apenas um fator foi correlacionado de forma estatisticamente significativa com o nível de bem-estar. Verificou-se, então, uma associação negativa, baixa, mas estatisticamente significativa ($r(83) = -0,24$, $p < 0,05$) entre a opinião acerca do nível de bem-estar do doente e a importância atribuída ao fator estar consciente.

DISCUSSÃO

Questionada acerca do nível de bem-estar do doente paliativo, a família entende que ele é razoável ($M = 5,90$; $DP = 3,02$). Contrariamente ao esperado, os familiares mais próximos, como cônjuges e filhos, apreciaram o bem-estar do doente de forma superior comparativamente a sobrinhos, primos e outros. É possível que a maior proximidade do doente e da equipa de CP contribua para que esses familiares estejam mais esclarecidos acerca do seu estado de saúde e dos cuidados prestados, influenciando a sua avaliação. De forma diferente, o único pai/mãe da amostra, provavelmente devido ao elevado sofrimento decorrente do processo de luto antecipatório, reportou o bem-estar do seu filho(a) como inexistente e indicou o valor máximo de importância para a totalidade dos fatores considerados importantes no fim de vida. No entanto, e ainda no que concerne à apreciação do nível de bem-estar do doente, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente a duas variáveis sociodemográficas da família: a região e o tipo de deslocação.

Os familiares que se encontravam na região Centro têm uma conceção distinta dos familiares de Lisboa. Estes apreciaram-no como elevado, enquanto os primeiros apontaram-no como fraco. Este afastamento de posições pode ser explicado pela existência de diferenças (também estatisticamente significativas) na idade dos familiares destas regiões, ou pelo facto dos doentes e famílias inquiridos na região de Lisboa se encontrarem num contexto de cuidados de saúde privados. São necessárias mais informações para se poder entender convenientemente este resultado. A perspetiva da família acerca do nível de bem-estar do doente parece variar em função do contexto em que foi abordada. Ele foi observado de forma superior pelos familiares que se deslocavam ao serviço ou unidade de CP para visitarem o doente ao internamento. Estas diferenças devem ser interpretadas com cautela, dada a grande disparidade no tamanho dos grupos. No entanto, estes resultados encontram uma possível justificação num maior conhecimento das queixas do doente na situação em que a família o acompanha à consulta externa e, por esta se poder dever a um descontrolo sintomático, mais facilmente gerido em contexto de internamento.

A avaliação acerca do bem-estar do doente encontra-se relacionada de forma negativa, baixa, mas estatisticamente significativa, com o parecer da família acerca do grau de importância do fator “estar consciente” para o bem-estar do doente. O facto de os familiares tenderem a atribuir níveis mais elevados de importância ao doente estar consciente quando efetuam avaliações mais negativas do seu bem-estar pode dever-se à possibilidade do doente se encontrar numa situação de descontrolo sintomático limite, em que seja necessário, tenha sido ponderada, ou o familiar receie que haja uma futura necessidade de sedação paliativa para lidar com os sintomas refratários.

De facto, as famílias atribuíram uma importância muito elevada a este fator para o bem-estar do seu ente querido. Seria interessante investigar até que ponto a família se baseou no bem-estar do doente, ou se levou mais em consideração o seu próprio bem-estar na análise da importância desta questão, na medida em que a perda de consciência

do doente conduz à perda da relação entre o doente e a sua família. Este questionamento é fundamentado à luz de um estudo longitudinal, realizado com uma amostra de 2750 casais, que concluiu que o cônjuge quando questionado sobre as preferências do seu companheiro em cenários de fim de vida responde com base nas suas próprias preferências, independentemente do sexo, de a questão ter sido debatida anteriormente, ou do cônjuge possuir uma doença grave (Moorman, Hauser, & Carr, 2009). Os restantes fatores também foram apreciados como importantes para o bem-estar do doente. A ausência de dor e a presença da família assumem valores muito próximos e foram apontados como extremamente importantes, afastando-se dos fatores remanescentes.

Estar em paz com Deus, sentir que a vida teve sentido, ver as suas opções de tratamento seguidas e ter as finanças em ordem foram observados pela família como mais importantes para o bem-estar do doente do que o estar consciente ou resolver conflitos, mas todos obtêm médias muito elevadas, iguais ou superiores a 7,67. Apenas o morrer em casa recebeu uma importância moderada, obtendo uma pontuação superior entre os familiares da região Norte. A forma como a família ponderou o grau de importância dos fatores acima mencionados parece enquadrar-se nos resultados de um estudo conduzido à escala nacional no Japão acerca da boa morte em oncologia, no qual as famílias enlutadas destacaram como fatores mais importantes: o conforto físico e psicológico; o bom relacionamento com a família e pessoal médico; o controlo físico e cognitivo; a manutenção da esperança; satisfação com os cuidados; ser respeitado enquanto pessoa; não ser um fardo para os outros; a completude de vida, e; morrer num lugar da sua preferência, com conforto ambiental (Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, & Uchitomi, 2007).

Foram relacionadas as características sociodemográficas da família com os fatores considerados importantes para o bem-estar do doente, tendo sido verificados resultados estatisticamente significativos apenas relativamente ao sexo e ao tipo de deslocação. A amostra de famílias é composta maioritariamente por mulheres. Estas divergem significativamente dos familiares do sexo masculino pela maior importância atribuída à fé nas suas vidas e, por legarem ao fator ver as suas opções de tratamento seguidas uma importância significativamente superior. Estes resultados estão em linha com outros estudos, nos quais o sexo feminino foi associado: a uma maior religiosidade entre cristãos e budistas (Diener, Tay, & Myers, 2011); a uma maior predisposição para debater o significado da morte (Steinhauser et al., 2000a), e; à preferência por um maior autoenvolvimento nos processos de tomada de decisão relativos aos cuidados em fim de vida (Daveson et al., 2013).

A variável tipo de deslocação volta a exercer uma influência estatisticamente significativa na avaliação que os familiares fazem do bem-estar, desta vez relativamente aos fatores sentir que a vida teve sentido e morrer em casa. Os familiares que visitavam o doente ao internamento atribuíram um grau de importância superior ao sentir que a vida teve sentido, e inferior ao morrer em casa, comparativamente aos que o acompanhavam à consulta externa. Este resultado pode dever-se a um agravamento de sintomas mais acérrimo dos doentes internados – motivo pelo qual a maioria se encontra nesse regime de tratamento –, que pode levar as famílias a supor que lhes será proporcionado um controlo sintomático mais adequado se eles se mantiverem nas unidades de CP em que se encontram (Bell, Somogyi-Zalud, & Masaki, 2010). Compreende-se que os familiares ao observarem o seu ente querido neste contexto, afastado da família, comunidade, hábitos, rotinas e pertences, tenham ponderado o fator sentir que a vida teve sentido como um aspeto de importância muito elevada para o seu bem-estar. Tendo em consideração a ausência de diferenças estatisticamente

significativas quanto à maioria das variáveis sociodemográficas, a perspetiva da família acerca do bem-estar do doente parece ser relativamente unânime. Conclui-se que a família observa o bem-estar do doente seguido em CP como razoável, e a ausência da dor e a presença da família como os fatores mais importantes à sua promoção.

Sugere-se que estudos futuros adotem uma abordagem qualitativa por forma a compreender melhor o raciocínio por detrás da opinião da família quanto ao nível de bem-estar dos seus doentes, assim como explorar o significado que atribuem aos fatores importantes para o maximizar.

REFERÊNCIAS

- Bell, C. L., Somogyi-Zalud, E., & Masaki, K. H. (2010). Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39, 591-604. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.07.007
- Bergman, J., Fink, A., Kwan, L., Maliski, S., & Litwin, M. S. (2011). Spirituality and end-of-life care in disadvantaged men dying of prostate cancer. *World Journal of Urology*, 29, 43-49. doi:10.1007/s00345-010-0610-y
- Copeland, D. (1998). Stress and the patient's family. In M. L., Russel (Eds.), *Stress management for chronic disease* (pp. 30-48). New York: Pergamon Press.
- Daveson, B. A., Bausewein, C., Murtagh, F., Calanzani, N., Higginson, I. J., Harding, R.,...Gomes, B. (2013). To be involved or not to be involved: A survey of public preferences for self-involvement in decision-making involving mental capacity (competency) within Europe. *Palliative Medicine*, 27, 418-427. doi:10.1177/0269216312471883
- Diener, E., Tay, L., & Myers, D. G. (2011). The religion paradox: If religion makes people happy, why are so many dropping out? *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 1278-1290. doi:10.1037/a0024402
- Docherty, A. (2004). Experience, functions and benefits of cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 55, 87-93. doi:org/10.1016/j.pec.2003.08.002
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., & Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, 18, 1090-1097. doi:10.1093/annonc/mdm068
- Moorman, S. M., Hauser, R. M., & Carr, D. (2009). Do older adults know their spouses' end-of-life treatment preferences? *Research on Aging*, 31, 463-491. doi:10.1177/0164027509333683
- Neto, I. G. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- O'Hara, R. E., Hull, J. G., Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Li, Z., & Ahles, T. A. (2010). Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care: Intervention for patients with advanced cancer. *Palliative and Supportive Care*, 8, 395-404. doi:10.1017/S1478951510000258
- Oliveira, A., & Pimentel, F. L. (2008). Qualidade de vida dos doentes oncológicos: Avaliada pelo próprio e pelo cuidador. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 125-134. Retirado em 07 de dezembro de 2008, de <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/776/453>.
- Pastrana, T., Radbruch, L., Nauck, F., Höver, G., Fegg, M., Pestinger, M.,... Ostgathe, C. (2010) Outcome indicators in palliative care-how to assess quality and success:

- Focus group and nominal group technique in Germany. *Supportive Care in Cancer*, 18, 859-868. doi: 10.1007/s00520-009-0721-4
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Portugal. Lei n.º 52/2012. *D.R. I Série*. 172 (05-09-12) 5119-5124.
- Sherman, D. W. (1998). Reciprocal suffering: The need to improve family caregivers' quality of life through palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 1, 357-366. doi:org/10.1089/jpm.1998.1.357
- Sousa L. (2007). *Sobre...vivendo com cancro: O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Steinhauser, K. E., Christakis, N. A., Clipp, E. C., McNeilly, M, McIntyre, L., & Tulsky, J. (2000a). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2476-2482. doi:10.1001/jama.284.19.2476

INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: CRIATIVIDADE E DESENVOLVIMENTO PSÍQUICO

Ivonise Fernandes da Motta ✉

Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo - Brasil

Com as novas e vertiginosas mudanças tecnológicas no mundo atual, reflexos e consequências estão presentes em nosso dia a dia, em seus mais diferentes aspectos. A era da informática, da internet, dos celulares invade nosso cotidiano nos mais diversificados setores. A aceleração da velocidade adentra nosso viver. Porém, ao lado da facilitação e velocidade nos meios de comunicação, por vezes visualizamos que a comunicação com o que costumamos denominar mundo intrapsíquico ou a comunicação mais íntima com outro ser, pode se tornar dificultada pelas tendências tecnológicas da atualidade.

Vislumbrando esses aspectos da realidade de nossa era, vislumbrando o progresso do conhecimento científico, seria desejável se pudéssemos realizar mudanças vertiginosamente rápidas em termos psíquicos, o que por vezes não é possível. À medida que as pesquisas aprofundam conhecimentos nessa área, temos a confirmação do árduo trabalho necessário para conseguirmos mudanças psíquicas consistentes e estáveis. Temos a confirmação da importância da comunicação com o outro para o desenvolvimento psíquico favorável. A importância dos fenômenos culturais nessa direção mostra-se fundamental, podendo ter um lugar facilitador ou obstaculizante.

Nesse panorama atual, a Criatividade ocupa lugar em primeiro plano. Utilizo a palavra criatividade na conceituação do psicanalista inglês Winnicott (1975), significando a utilização do conhecimento da realidade subjetiva e da realidade objetiva para constituir um modo de viver e de se relacionar considerados como genuínos e personalizados (Motta, 2006).

Criatividade Primária: Ilusão e Desilusão

A Psicanálise desde seu início marca a importância do mundo imaginativo colocando o sonho como um dos pilares básicos na compreensão do psiquismo. Para Freud, o sonho era o caminho régio para o inconsciente. Da mesma maneira que Freud, Winnicott vai trazer contribuições revolucionárias ao focalizar a importância do ambiente na constituição do psiquismo e nas possibilidades de um ser humano ter condições psíquicas para sonhar, fantasiar, imaginar, brincar. Para esse autor, a construção da estrutura e das várias e diferentes funções psíquicas é constituída desde que a criança nasce ou mesmo antes do

✉ Ivonise Fernandes da Motta – Rua Guarará, 529 Cj 62, São Paulo- Brasil- CP 01425-001 E-mail: ivonise@usp.br e lapecri@usp.br e ivonise1814@terra.com.br

nascimento, em um contínuo e gradativo interjogo entre o que se poderia denominar realidade subjetiva e realidade objetiva.

Nesse contexto, a ilusão surge como elemento fundamental para que um bom tecido possa ser confeccionado durante os primeiros anos de vida. Ilusão significando surgimento de algo que se necessita quando aparece a necessidade em nossa imaginação ou experiência. Quando o bebê encontra o seio e os cuidados materno permeado por várias necessidades, desde as que poderíamos chamar de fisiológicas ou corporais até as afetivas, vai se construindo a crença na capacidade criativa. O bebê começa a edificar a confiança que é possível encontrar o que procura que é possível criar o que necessita. Essa é a teoria da

Criatividade Primária para D. W. Winnicott.

O desenvolvimento psíquico estará baseado desde o início nas funções corporais. As vivências corporais quer de satisfação ou tranquilidade, quer de frustração ou excitação, levam a vivências e trocas com o ambiente, com a mãe ou aqueles que desempenham as funções maternas, e irão constituindo experiências, memórias, bases para a construção e constituição gradativa do que denominamos self. Winnicott enfatiza a importância da personalização na conceituação do que seria saúde. Habitar o próprio corpo, o sentimento de que o corpo lhe é próprio, com limites que são gradativamente adquiridos, ou seja, noções do que está dentro e do que está fora, com a pele estabelecendo as fronteiras, são aquisições gradativas de suma importância para o bebê ou para a criança, e serão imprescindíveis na conquista de bases favoráveis para o desenvolvimento saudável. A integração psique-soma e sua manutenção vai tecendo boas possibilidades de trocas com o ambiente, no assentamento de boas bases de um desenvolvimento psíquico saudável. Para tanto, o ambiente desempenhará função importantíssima, ao propiciar condições favoráveis ou desfavoráveis à construção de boas bases de assentamento e integração psique-soma, alicerce seguro para a personalização.

A ilusão que permeia os meses iniciais de um recém-nascido constitui elemento primordial para a constituição da realidade subjetiva, para o que se denomina ego corporal, para a constituição de aspectos básicos do próprio self. Essa atitude ativa e de busca que um bebê teria como potencial desde seu início, em um ambiente favorável edificaria as bases para a saúde e para o desenvolvimento psíquico favorável. Sonhar, imaginar, fantasiar, brincar surge como possibilidades que representariam uma parte significativa do longo caminho em direção à maturidade que foi construída. Seriam conquistas do desenvolvimento.

Espontaneidade, vitalidade, vivacidade são alguns dos atributos presentes no viver criativo ou no “*Verdadeiro Self*” O “*Falso Self*”, possibilidade da presença de algum tipo de comprometimento psicopatológico, ou da impossibilidade da presença do “*Verdadeiro Self*”, muitas vezes surgem por meio do que comumente denominamos inexpressividade, superficialidade, “certo embotamento afetivo”.

A fim de examinar a teoria utilizada pelos analistas em seu trabalho, e perceber onde a criatividade encontra lugar, é necessário, como já afirmei, separar a idéia da criatividade da criação das obras de arte. É verdade que uma criação pode ser um quadro, uma casa, um jardim, um vestido, um penteado, uma sinfonia ou uma escultura; tudo, desde uma refeição preparada em casa. Dizendo melhor talvez, essas coisas poderiam ser criações. A criatividade que me interessa aqui é uma proposição universal. Relaciona-se ao estar vivo.... A criatividade que estamos estudando relaciona-se com a abordagem do indivíduo à realidade externa. Supondo-se uma capacidade cerebral razoável, inteligência suficiente para capacitar o indivíduo a tornar-se uma pessoa ativa e a tomar parte na vida da comunidade, tudo o que acontece é criativo, exceto na medida em que o indivíduo

é doente, ou foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram seus processos criativos (Winnicott, 1975, págs. 98 e 99).

Sentir-se real, sentir que a vida vale à pena é uma conquista reveladora da constituição do que Winnicott denominou '*Verdadeiro Self*'. Nesse contexto, a cultura em seus múltiplos aspectos vai gradativamente tomar mais espaço no viver, à medida que a criança vai amadurecendo, denotando saúde. A criatividade vai fazer parte significativa desse processo ou, melhor dito, o viver criativo estará sempre demonstrando a presença do "*Verdadeiro Self*" no viver o dia-a-dia.

Para Winnicott, o ser emerge da solidão, da fusão inicial do bebê com a mãe, da dependência suficientemente boa. A solidão estando intrinsecamente ligada à dependência e confiança, muito antes que o bebê possa ter alguma percepção destas. Se as experiências iniciais de fusão com a mãe são suficientemente boas, a confiança nos vínculos, no viver, na própria criatividade é estabelecida e fortalecida gradualmente ao longo dos dias, meses e primeiros anos de vida. A presença da confiança estabelecida nesse início dá boas bases para o interjogo entre ilusão e desilusão. Desilusões características e gradativas do processo de separação e individuação mãe-bebê, e que se bem dosadas levariam ao amadurecimento, às integrações sucessivas e graduais do *self*. Essa é a base da capacidade de ficar só, que surgirá mais tarde no desenvolvimento resultante destes estágios primordiais de confiança e dependência absolutas. É também dessa raiz que surge a presença de condições satisfatórias para que a pessoa possa fornecer bons cuidados para consigo própria, ao longo de toda sua existência.

Nesse interjogo, a presença da confiança garante a ilusão guiando para doses gradativas de desilusão. Quando a desilusão ocorre numa frequência contemplada pela capacidade do bebê, suportar a capacidade identificada pela mãe suficientemente boa, essa desilusão nos levaria a possibilidades de desdobramentos sucessivos na linha de constituição de uma estrutura psíquica caracterizada por riqueza interna. Riqueza interna no sentido do que Winnicott denomina "*verdadeiro self*". O termo "*verdadeiro self*", revestido dos significados que o conceito representa: identidade própria, contornos firmemente estabelecidos, tons e matizes individuais em termos de ser e existir.

Arte, Criatividade e Fenômenos Culturais

Winnicott também nos assinala o quanto os artistas podem nos ensinar sobre questões que permeiam e conectam o onírico com o real, conectam o brincar e o viver criativo. Na saúde, os estados de comunicação efetiva com a realidade externa se alternam com os estados de incomunicação ou retraimento (voltar-se para os objetos subjetivos) necessários para a manutenção de 'equilíbrio psíquico'. A importância dos fenômenos transicionais, dos fenômenos culturais está na possibilidade de facilitar esse trânsito entre a realidade subjetiva e a realidade objetivamente percebida e a área intermediária ou terceira área, segundo a conceituação de Winnicott, na qual estão mescladas facetas tanto do que costumeiramente chamamos realidade externa quanto aspectos da realidade interna.

Assim, por meio da arte literária, teatro, espetáculos de dança podemos experimentar efeitos por vezes surpreendentes. Alegria, riso, bom humor, vitalidade emergem. Ilusão e atividade surgem como dois componentes que, adquirindo tons e matizes os mais diversos, vão colorindo essas produções culturais. Para Winnicott, é a possibilidade de colocar angústias, vivências, sofrimento sob o domínio do ego que nos liberta de ficarmos submetidos ou limitados. Semelhante a uma criança que brinca e que ao brincar vive ativamente o que por vezes vivenciou de maneira passiva, nós adultos, ao compartilharmos certas experiências culturais, vivenciamos processo semelhante. Vivenciamos ilusão e

possibilidade de transformar em atividade, quer pela palavra, quer pelo corpo forças que poderiam ser desvitalizantes.

Olhando por esse prisma, os fenômenos transicionais (teatro, dança, poesia, literatura, música) surgem em lugar e tempo de necessidade. Necessidade de preservar e manter viva a importância da ilusão. Em um tempo cuja característica é a velocidade e a praticidade, ilusão ou castelos de vento podem parecer desperdícios ou aspectos contraproducentes do viver. Porém, ao assistir e participar dessas experiências culturais e seus efeitos vitalizantes, a confirmação da importância da ilusão se faz notória e viva.

No mundo contemporâneo, as terapias de efeitos rápidos ganham terreno e notoriedade. Psicanálise ou Psicoterapia Psicanalítica parece ser revestida com tons de ineficiência ou de perda de tempo. Paradoxo semelhante assistimos com as produções culturais antes mencionadas. Ilusão, imaginação e fantasia tomam lugar e espaço partindo do lugar nenhum para o lugar da criação, da atividade e da realização.

Nesse ponto, chegamos próximos a um dos muitos paradoxos que foram assinalados pela Psicanálise: imaginação, fantasia, ilusão são componentes vitais e fundamentais para a saúde e para o trabalho que realizamos. O psicoterapeuta e o paciente compartilham sonhos, fantasias, enredos, ilusões e desilusões. Esse caminho compartilhado pelo par psicanalítico, sessão após sessão, possibilita a passagem e o trânsito entre realidade subjetiva, realidade objetiva e realidade compartilhada, possibilita a passagem entre desejo e realização.

Empatia, discriminação, diferenciação e comunicação teriam o potencial de transformar castelos e moinhos de ventos de cada sessão analítica em experiência que, se compartilhada, pode nos guiar para o viver criativo, para o sentimento que a vida vale à pena ser vivida, mesmo com as dificuldades ou entraves que sempre nos acompanham. Marion Milner ao escrever sobre formação simbólica ressalta o quanto o brincar de crianças se assemelha à concentração dos adultos. Ao investigar esses temas e se referir à fusão pré-lógica do sujeito e objeto, Milner (1957) afirma que os momentos em que cada um de nós criou no mundo são momentos esquecidos pela maioria das pessoas. Momentos em que descobrimos o que é familiar no não familiar e que são guardados em lugares secretos da memória porque seriam tão valiosas quantas visitas de deuses. Magia e surpresa são também atributos que marcam esse caminho que, por vezes, acompanham-nos em nosso trabalho clínico diário e que caracterizam o brincar que vai gradativamente, sessão após sessão, estabelecendo pontes e contato entre passado, presente e futuro, experiências pretéritas e experiências atuais.

Em síntese, os castelos e moinhos do nosso cotidiano a habitar dentro e fora de nós próprios, fornecem uma direção de uma das mais ricas vertentes de trabalho clínico que podemos desenvolver: Sonhar, Imaginar, Fantasiar, Brincar.

Sonhar, Imaginar, Fantasiar, Brincar.

Sob essas bases de onipotência criativa vivenciada pelo bebê com a mãe, tanto a criança como o adolescente e o adulto na relação com o psicoterapeuta, poderá acontecer gradativamente aceitação das desilusões inevitáveis do processo de crescimento e amadurecimento. A mãe, o pai, o psicoterapeuta através da identificação e empatia com a criança e o adolescente irão apresentando "*o mundo em pequenas doses*", ponto que trará as desilusões necessárias ao bom desenvolvimento, de maneira a serem integradas como avanços ou conquistas e não como invasões ou rupturas desmedidas. Nesse contexto, saúde e desenvolvimento psíquico estariam ligados em viver determinadas etapas no tempo oportuno. Prematuridade ou prolongamentos demasiados longos de certas fases estariam relacionados a perigos ou possibilidades de entraves ou sobrecargas ao desenvolvimento favorável.

Se a onipotência criativa é uma experiência presente no psiquismo da criança, do

adolescente ou do adulto e se há a condição para brincar, temos alguns dos componentes fundamentais para que um trabalho psicoterápico profundo possa ser realizado em termos de contato com o inconsciente. Haveria possibilidade da realização de um trabalho breve na modalidade de consultas terapêuticas “Jogo de Rabiscos” ou um trabalho psicoterápico de longa duração.

Jogo de Rabiscos

“O Jogo de Rabiscos” é uma modalidade de consulta terapêutica que foi utilizado por Winnicott para chegar a uma compreensão profunda do psiquismo do paciente. Mostrou ser uma maneira valiosa de se estabelecer comunicação fácil e rápida com a criança.

Em um momento adequado após a chegada do paciente geralmente após pedir ao genitor que o acompanha para ir para a sala de espera, digo à criança: "Vamos jogar alguma coisa. Sei o que gostaria de jogar e vou lhe mostrar". Há uma mesa entre a criança e eu, com papel e dois lápis. Primeiro apanho um pouco de papel e rasgo as folhas ao meio, dando a impressão de que o que estamos fazendo não é freneticamente importante, e então começo a explicar. Digo: "Este jogo que gosto de jogar não tem regras. Pego apenas o meu lápis e faço assim..." e provavelmente aperto os olhos e faço um rabisco às cegas. Prossigo com a explicação e digo: Mostre-me se se parece com alguma coisa a você ou se pode transformá-lo em algo; depois, faça o mesmo comigo e verei se posso fazer algo com o seu rabisco. ([1964] 1968, p.232).

Um dos pontos centrais desse tipo de trabalho é a comunicação. Por meio do “Jogo de Rabiscos”, Winnicott tentava entrar em comunicação com os aspectos mais significativos do desenvolvimento psíquico do paciente quer os favoráveis, quer os desfavoráveis (nós do desenvolvimento psíquico). Isto é, em cada uma das Consultas Terapêuticas, ele estabelecia um diagnóstico. Diagnóstico que estabelecia diretrizes de quais seriam as intervenções psicoterápicas necessárias no caso e também qual prognóstico seria esperado em cada situação clínica.

Este recurso terapêutico derivou de sua experiência como pediatra, já ao redor dos anos 20. Winnicott percebeu que as crianças frequentemente sonhavam com ele na noite anterior à consulta. Isto refletia como a criança estava concebendo imaginativamente essa experiência, assim como algumas das características da atitude dos pais frente à mesma. Winnicott ocupava o lugar de um objeto subjetivo.

O que percebo agora é que neste papel de objeto subjetivo, que raramente perdura mais além da primeira ou de umas poucas entrevistas iniciais, o terapeuta dispõe de uma grande oportunidade de estabelecer contato com a criança. (Winnicott, 1971, p.4, tradução nossa).

Nestes primeiros contatos com o psicoterapeuta geralmente está presente na criança grande dose de confiança e de esperança de encontrar a compreensão necessitada para seu sofrimento, para a remoção dos obstáculos encontrados a suas possibilidades de desenvolvimento psíquico. E se isto acontece por meio da experiência do *Jogo de Rabisco*, a confiança poderá tornar-se mais forte, auxiliando a criança na crença de ter condições para trilhar o caminho necessário ou desejado a seu potencial de desenvolvimento. Winnicott acreditava que o ser humano tem uma tendência integradora inata.

Sinto que Freud daria as boas vindas a um trabalho novo que fizesse sentido ao comentário de Breasted em termos de um universal no desenvolvimento

emocional do indivíduo, qual seja a tendência integradora que pode conduzi-lo a um status de unidade (Winnicott, 1969, p.189).

E ainda:

No desenvolvimento emocional do indivíduo, a tendência à integração é inata. As condições têm de ser más para que a integração não se torne um fato. A integração pode ser representada em termos das três dimensões do espaço, mas neste caso temos de acrescentar a quarta dimensão do tempo. (Winnicott, 1961, p.204).

A sustentação no tempo de condições favoráveis ao desenvolvimento psíquico realizado pelos pais possibilita à criança trilhar o caminho do contínuo processo de integração de seu *self*.

D.W. Winnicott e O Brincar

Na teoria da brincadeira desenvolvida por Winnicott, a possibilidade de ter prazer no brincar origina-se da experiência da onipotência criativa vivida no contato com uma mãe que pode se adaptar ativamente às necessidades e características do filho. Com o passar do tempo, a mãe pode gradativamente deixar-se encontrar como um ser com existência própria.

A importância do brincar é sempre a precariedade do interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais. É a precariedade da própria magia, magia que se origina na intimidade, num relacionamento que está sendo descoberto como digno de confiança. Para ser digno de confiança, o relacionamento é necessariamente motivado pelo amor da mãe, ou pelo seu amor-ódio ou pela sua relação de objeto, não por formações reativas. Quando um paciente não pode brincar, o psicoterapeuta tem de atender a esse sintoma principal, antes de interpretar fragmentos de conduta. (Winnicott, 1975, p.71).

Esse contato próximo e natural resultado de uma adaptação facilitadora do terapeuta, semelhante ao que é vivenciado entre o bebê e a mãe nos primeiros meses de vida cria a possibilidade de um acontecer, um acontecer que se torna uma experiência em uma Psicoterapia. Experiência, esta, sentida como enriquecedora ao colocar o paciente em contato profundo com seu psiquismo. Para Winnicott, a possibilidade de ser constituído um espaço para a “brincadeira” entre o terapeuta e o paciente seria primordial para que um trabalho psicoterápico pudesse ser realizado.

a psicoterapia tem de ser efetuada na sobreposição das duas áreas de brinquedo (a do paciente e a do terapeuta), ou, então, o tratamento tem de ser dirigido no sentido de capacitar a criança a tornar-se capaz de brincar – isto é, ter razões para confiar na provisão ambiental. Tem de se presumir que o terapeuta possa brincar e tenha prazer em brincar. (Winnicott, [1964...] 1968.. p.231).

Esse é um ponto central ao considerarmos as inovações e revoluções trazidas pelas ideias de Winnicott quanto ao trabalho com o inconsciente. Para ele, o terapeuta faz intervenções a fim de facilitar que o paciente entre em contato gradativo com vários aspectos de seu *self*, porém em um ritmo e de uma maneira que possa sentir como algo que ele próprio, o paciente, criou.

Levando-se em consideração os aspectos acima descritos, esse tipo de intervenção é um trabalho clínico baseado em Esperança e Confiança. A presença da esperança e da confiança da criança em seu ambiente, em seus pais e em si própria em encontrar os recursos necessários a seu desenvolvimento psíquico.

De início, poderíamos dizer que encontramos três palavras-chaves nesse tipo de

trabalho clínico: *Comunicação, Esperança e Confiança*. Se, tanto na criança como no terapeuta, está presente a capacidade para brincar, há possibilidade da utilização do "Jogo de Rabiscos". Há a possibilidade de realização de psicoterapia de longa duração com essas bases. O mais importante é a presença, no terapeuta, da condição para acompanhar os passos gradativos dados pela criança, pelo adolescente ou adulto na aproximação com uma comunicação cada vez mais profunda de sua história psíquica pessoal. O terapeuta seria como uma mãe suficientemente boa que consegue se adaptar com relativa facilidade às necessidades do filho, fornecendo-lhe sustentação (*holding*) necessária à experiência de integração.

O paciente frequentemente surpreende-se com o desenrolar dos acontecimentos, com o que é encontrado, como por magia, repentinamente: isto estaria relacionado à integração com aspectos do próprio *self*, propiciada pela sustentação do terapeuta.

Esse contato próximo e natural resultado de uma adaptação facilitadora do terapeuta, semelhante ao que é vivenciado entre o bebê e a mãe, nos primeiros meses de vida, cria a possibilidade de um acontecer, um acontecer que se torna uma experiência. Experiência que é sentida como enriquecedora ao colocar o paciente em contato profundo com seu psiquismo. Para propiciar esse tipo de acontecer caberia citar algumas palavras escritas por Winnicott sobre esse assunto:

Minha descrição equivale a um pedido a todo terapeuta para que permita a manifestação da capacidade que o paciente tem de brincar, isto é, de ser criativo no trabalho analítico. A criatividade do paciente pode ser facilmente frustrada por um terapeuta que saiba demais. Naturalmente, não importa, na realidade, quanto o terapeuta saiba, desde que possa ocular esse conhecimento ou abster-se de anunciar o que sabe (1975, pp.83-4).

E ainda,

Se está sendo iniciado um tratamento psicanalítico, o analista tem o cuidado de não se mostrar excessivamente arguto no começo, e há boa razão para isso. O paciente traz para a sua primeira entrevista toda a sua crença e toda a sua desconfiança. Deve-se permitir que esses extremos encontrem expressão real. Se o analista interfere excessivamente, o paciente foge ou então, movido pelo medo, desenvolve uma esplêndida crença e torna-se quase como que hipnotizado (1961, p.239).

Esse é um ponto central ao considerarmos as inovações e revoluções trazidas pelas ideias de Winnicott quanto ao trabalho com o inconsciente. Confiança, Esperança, Magia, Surpresa, Comunicação seriam algumas das características desse tipo de trabalho, ou seja, o contato cada vez mais amplo e profundo com o psiquismo.

O que fazemos em nosso trabalho é organizar um ambiente profissional constituído por tempo, espaço e comportamento, que estrutura uma área limitada da experiência com a criança ou do atendimento à criança, e então ver o que acontece. Isso é como a forma na arte. As pessoas religiosas de orientação cristã usam a expressão "seu ofício divino é a perfeita liberdade", que é o mesmo que a forma de soneto aceita por Shakespeare e Keats, que leva em conta o impulso espontâneo e o gesto criativo inesperado. É isso que esperamos e valorizamos imensamente em nosso trabalho, e inclusive contemos nossas ideias brilhantes, quando surgem, por medo de bloquear as ideias brilhantes que poderiam vir dos pacientes crianças ou adultos. (Winnicott, 1970, p.236).

Através das conceituações teóricas sobre o viver criativo estabelecidas por D. W. Winnicott pudemos realizar pesquisa versando sobre criatividade e seus efeitos psicoterápicos.

Oficina do Brincar e TDAH

Realizamos pesquisa que teve por objetivo verificar possibilidade de integração dos aspectos neuropsicológicos e sintomatológicos do TDAH com os afetivo-emocionais. Também objetivou verificar a influência da família e em que medida intervenções familiares são eficazes. O método foi a criação de um “*espaço potencial*” (Winnicott, 1975) por meio da utilização de uma Oficina do Brincar, com o uso de histórias infantis.

Em paralelo, oferecemos grupos de orientação familiar. Durante três meses realizamos essa intervenção com 5 participantes, de 9 a 12 anos, e seus respectivos responsáveis. Os encontros foram realizados em grupo, semanalmente, com duração de uma hora e meia. Foram abordadas questões relativas à formação da identidade, enfrentamento de dificuldades, reconhecimento das diferenças e valorização de aspectos positivos de cada indivíduo. Paralelamente, em sala separada, ocorreu o grupo de orientação aos familiares no mesmo período de tempo, quando foram trabalhados os mesmos aspectos. Os resultados encontrados confirmaram a eficácia desse modelo de trabalho.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem sido alvo de vários tipos de investigação. No DSM-IV (APA, 1994) e no DSM-IV-TR (APA, 2000), tem sido utilizada essa terminologia para caracterizar pessoas que tem um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade. O diagnóstico é feito a partir de uma lista de 18 sintomas (9 de desatenção, 6 de hiperatividade e 3 de impulsividade).

No TDAH, um dos pressupostos básicos é que o comportamento hiperativo é decorrente de uma deficiência em focalizar a atenção por períodos prolongados de tempo. Sabemos que, nos primeiros anos de vida, a capacidade de focar a atenção e o controle motor são pequenos. Mas, mesmo que hiperativas, observamos que essas crianças brincam com prazer por períodos prolongados de tempo. Sendo assim, vários fatores podem influenciar as possibilidades de transtornos na Atenção e na Motricidade das crianças em desenvolvimento.

Havendo um número cada vez maior de crianças, adolescentes e até adultos com sintomas de TDAH, uma das questões que pode ser colocada é até que ponto excesso de atividade é expressão de fuga de SI MESMO, expressão de distanciamento de alguns aspectos do próprio *self*. Com esse olhar, podemos hipotetizar que a possibilidade de brincar criativo e de inserção e uso dos fenômenos culturais está impossibilitada ou impedida. Podemos levantar a questão se TDAH estaria relacionado a entraves no contato consigo mesmo, ou em dificuldades no contato entre realidade subjetiva, objetiva e compartilhada.

A literatura sobre TDAH assinala que as famílias dessas crianças e adolescentes apresentam alterações na dinâmica das relações. Os relacionamentos familiares são caracterizados por ressentimento e hostilidade porque os pais avaliam que os comportamentos de desatenção e hiperatividade da criança são voluntários. Partindo dessas premissas, desenvolvemos essa pesquisa na qual nos utilizamos o brincar e do uso de histórias infantis com crianças e de atendimento à família.

Em parceria entre o LAPECRI-USP (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade em Diferentes Abordagens Psicoterápicas) ligado ao Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e o NANI-UNIFESP (Núcleo de Atendimento Interdisciplinar Infantil) ligado ao Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, foi desenvolvida pesquisa que propôs uma possibilidade de intervenção com crianças e adolescentes portadores de TDAH e seus familiares com embasamento psicanalítico, principalmente baseado nas ideias de D.W. Winnicott.

Abrir espaços para os pais para discutirem sobre as dificuldades encontradas no dia a dia no relacionamento com os filhos, para colocá-los em contato com as histórias de sua infância, com aqueles que contavam as histórias e quais histórias eram essas, é abrir espaços para a infância que habita em todos nós adultos com marcas e especificidades que, se bem trabalhadas, podem ir direcionando os caminhos para que uma maior proximidade e contato entre pais filhos sejam possíveis. Foi essa hipótese que pudemos confirmar através dos grupos realizados.

Aproximar os pais da própria infância tornou possível resgatar relacionamentos onde há espaço para momentos prazerosos entre eles e seus filhos. Foi possível resgatar aspectos positivos dos filhos construindo uma visão mais integrada com os aspectos negativos. Foi bastante significativa a percepção dos pais que as mudanças de comportamento dos filhos dependem de uma mudança no comportamento do adulto. Levando-se em consideração a importância do ambiente na constituição e desenvolvimento psíquico, essa pesquisa vem confirmar o quanto intervenções com esse tipo de sintomas tem que considerar o ambiente da criança e do adolescente e incluí-lo na intervenção realizada.

Possibilitar à criança um espaço para expressar seus sentimentos e questões mostrou-se benéfico à medida que as sessões foram se desenvolvendo. A utilização das histórias e de atividades lúdicas por meio das quais as crianças puderam criar produções próprias e darem vazão a vários aspectos de sua singularidade mostraram-se úteis nesse direcionamento de uma maior proximidade de contato com a própria subjetividade. Embora se tratem de dados preliminares estes achados sugerem que a proposta de uma intervenção combinada (grupo de crianças e adolescentes e seus familiares) e a utilização de Oficinas do Brincar com o uso de histórias parece ser um bom modelo de intervenção para crianças e adolescentes portadores de TDAH.

É importante também assinalar que o número cada vez mais crescente de diagnósticos ou sintomas que recebem a denominação de TDAH, ou Hiperatividade, além do número crescente de problemas psicopatológicos na infância e adolescência associados a depressão e obesidade, dentre outros, levam-nos à urgência na continuidade de investigações quanto ao tipo de fatores ambientais que interferem no aparecimento desses sintomas, além de intervenções que possam trazer benefícios e auxílio as crianças, adolescentes e familiares com TDAH.

DICUSSÃO

Ao longo de mais de um século do surgimento da Psicanálise, muitas mudanças e inovações ocorreram. A constatação e confirmação da importância de fatores ambientais na constituição e desenvolvimento psíquico e de que maneira esses conhecimentos poderiam ser utilizados na prática clínica diária trazem a cada dia novas possibilidades de intervenções psicológicas quer a nível psicoterápico quer a nível preventivo. O uso do conhecimento psicanalítico tem tido aberturas e desdobramentos cada vez mais diversificado. É nesse âmbito que as universidades desempenham um papel fundamental além do ensino e do atendimento à comunidade que é o da pesquisa.

A criação de laboratórios de pesquisa que tem ocorrido nos vários departamentos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo tem desenvolvido projetos e programas que visam cada vez mais ampliar e aprofundar, dentre outros, os conhecimentos e usos da prática em psicanálise. A pesquisa com os mais diversificados tipos de pacientes (doenças neurológicas degenerativas, câncer, depressões, transtornos alimentares, dificuldades sexuais, transtornos do desenvolvimento, dificuldades de

aprendizagem, etc.) tem nos direcionado para os alcances e limitações que nosso trabalho possui assim como os possíveis progressos e novas perspectivas.

Para finalizar peço emprestados alguns versos de Fernando Pessoa:
Valeu a pena? Tudo vale a pena Se a alma não é pequena. Quem quer passar além do Bojador Tem que passar além da dor. (p.169)

REFERÊNCIAS

- Catafesta, I.F.M. (1996). Potencialidade para a saúde ou algumas reflexões sobre a capacidade para a integração. In I. Catafesta (Org.), D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo. *O Verdadeiro e o Falso*. São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica IPUSP.
- Catafesta, I.F.M. (1997). Sobre consultas terapêuticas. Os Rabiscos de Fernando e Ivone. In I.F.M. Catafesta (Org.), *A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a universidade*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Chauí, M. (1997). Janela da alma, espelho do mundo. In A. Novaes, *olhar*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. A (s.d.). Questão do simbolismo nos sonhos de pessoas normais. In S. Freud (Ed.), *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão, trad.) (p.399-403). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Milner, M (1957). *On not being able to paint*. Londres: Heinemann.
- Motta, I.F. (2005). O gesto espontâneo e a interpretação criativa. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13, 374-88.
- Motta, I.F. (2006). *Orientação de pais. Novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Motta, I. F., & Rosa, J. T. (2008). *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes*. Aparecida: Ideias e Letras.
- Motta, I.F., & Yoshiura, E.V. (2008). Criatividade no cotidiano e saúde. *Psicologia Saúde e Doenças*, 9, 184-185.
- Motta, I.F., & Martins, N.B.C. (2008). La capacidad de soñar, fantasear, jugar del analista: algunas reflexiones acerca de los molinos de viento en las vivencias clínicas. *Apresentado Congresso Fepal*, Santiago Chile.
- Pessoa, F. (2006). *Quando fui outro*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Sant'Anna, B.A., Miranda, M.C., Muszkat, M., Polizio, B.P., Mangucci, E., Ricastro, R.M., Ribeiro, S.R., ... Motta, I.F. (2010). A clínica psicanalítica de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.1422-1430). Braga: Universidade do Minho.
- Winnicott, D.W. (1971). *A criança e o seu mundo*. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar.
- Winnicott, D.W. (1961-1995). Variedades de Psicoterapia. In D.W. Winnicott (Ed.), *Privação e delinquência*. (Álvaro Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1961-1997). Notas sobre o fator tempo no tratamento. In R. Shepherd, J. Johns, & H.T. Robinson (Orgs.), *D.W. Winnicott pensando sobre crianças* (pp.202-4) (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. ([1964] 1968-1994). O jogo do rabisco [Squiggle game]: Amalgama de dois trabalhos: Um, não publicado, escrito em 1964, e outro, publicado em 1968. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp.230-43) (José Octavio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.

- Winnicott, D.W. (1965) O valor da consulta terapêutica. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.), *Explorações psicanalíticas D.W Winnicott* (pp.244-8). (José Octavio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1969). O uso de um objeto no contexto de Moisés e o monoteísmo. In C. Winnicott, R. Shepherd, & M. Davis (Orgs.). *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott* (pp.187-91). (José Octavio de Aguiar Abreu, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1970). Psiquiatria infantil, serviço social e atendimento alternativo. In R. Shepherd, J. Johns, & H.T. Robinson (Orgs.), *D.W. Winnicott pensando sobre crianças* (pp.235-8). (Maria Adriana Veríssimo Veronese, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas.
- Winnicott, D.W. (1971) *Therapeutic consultations in child psychiatry*. London: Hogarth.
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade*. (José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre, trads.). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. Winnicott, D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. (Joseti Marques Xisto, trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D.W. (1989). *Tudo começa em casa*. (Paulo Sandler, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1990). *A natureza humana*. (Davy L. Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago.

A TOMADA DE DECISÃO JUDICIAL NA REGULAÇÃO DAS RESPONSABILIDADES PARENTAIS: ATORES JUDICIÁRIOS

Carina Parente  e Celina Manita

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto

Partimos para a presente investigação com a seguinte interrogação - o Direito em Portugal e, em particular, o Direito da Família e Menores, é um instrumento de reprodução de certos valores, sistemas de crenças e estereótipos, de padrões de comportamento característicos de um quadro social e culturalmente dominante ou é um corpo normativo que privilegia a concretização prática do princípio da igualdade de género definido constitucionalmente na sociedade portuguesa?

Procurando uma resposta para a mesma enveredamos pelo caminho que nos conduziu aos significados construídos por um conjunto de atores judiciais que constituem a nossa amostra, sobre o que é o exercício das responsabilidades parentais, sobre os papéis de pai e de mãe e a sua valorização diferencial, bem como do superior interesse da criança, verificando se no tocante à Regulação do Exercício das Responsabilidades Parentais (RERP), a tomada de decisão judicial pode ser influenciada por estes.

Este estudo, de carácter exploratório, enquadra-se numa investigação mais ampla em curso na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto/Gabinete de Estudo e Atendimento a Agressores e Vítimas, coordenada pela Professora Doutora Celina Manita, sobre a tomada de decisão judicial em diferentes áreas do Direito. Faremos uma breve alusão aos elementos do enquadramento teórico do estudo e aos principais resultados obtidos, e terminaremos apontando evidências úteis que suscitem, pelo menos, a reflexão em torno desta área de decisão judicial e a forma como algumas variáveis poderão colidir com princípios fundamentais como o da igualdade de género e a defesa do superior interesse da criança.

Ao penetrar os espectros social e jurídico, esta investigação visa explorar a forma como certas representações sobre a parentalidade, sobre os papéis de pai e mãe poderão afetar a tomada de decisão judicial (fundamental para a criança) no contexto da RERP, até 2008 designada Regulação do Poder Paternal (RPP), através da análise dos discursos proferidos por diferentes atores judiciais sobre a maternidade e a paternidade e sobre a tomada de decisão neste âmbito da jurisdição, tornando visíveis pontos de intersecção entre três áreas do saber - a Psicologia, a Sociologia e o Direito.

Em termos legislativos, o divórcio passou a ser encarado como uma reorganização das relações familiares e não a sua extinção (Antunes, Caridade & Pereira, 2005; Sottomayor, 1999) e, simultaneamente foi atribuído relevo à manutenção de uma relação saudável entre os progenitores – coparentalidade. Em 1995, a Lei 84/95, de 31 de Agosto, sublinhou que a criança, em função do seu superior interesse, tem o direito a

 Carina Maria Sobral Parente, Caminho do Barroso, 313, 4900-012 Afife, Mail carina_msparente@hotmail.com

manter relações de proximidade com o progenitor a quem não foi confiada, reforçando a viabilidade da guarda partilhada (Sottomayor, 1999, 2008).

Mais recentemente (ano 2008), surgiram novos avanços a nível judicial, a saber a já tardia substituição da expressão *poder paternal* por *responsabilidades parentais* (art. 3º), usada já em diversos países, que atribui primazia aos direitos e aos interesses da criança face ao adulto - quem detém o poder-dever obrigatório. Emergiu ainda a substituição do termo *guarda* pela expressão *residência* e considerar-se na sua fixação o superior interesse da criança, a disponibilidade do progenitor que não reside habitualmente com o filho para regularmente contactar a criança e o princípio da igualdade dos pais. Além disso, a criança e o seu testemunho neste âmbito da jurisdição passaram a ser valorizados, tendo o tribunal que decidir sobre questões de particular importância, ouvindo a criança, independentemente da sua idade, com a exceção de circunstâncias que o desaconselhem (art.º 1901.º e do C.C.)¹ (Ramião, 2009).

Contudo, no atual quadro legislativo verifica-se a ocorrência simultânea de três conceitos relativamente indeterminados e subjetivos – questões de particular importância para a vida do filho, actos da vida corrente do filho e orientações educativas mais relevantes –, que poderá agravar a frequente conflitualidade parental e a visível dificuldade de cooperação e entendimento entre muitos dos ex-cônjuges. O exercício conjunto das responsabilidades parentais é, todavia, em função dos interesses da criança, a opção ideal, desde que se “comprove”² a existência de um relacionamento cordial entre os progenitores. Sociológica e judicialmente, a igualdade de direito para todos os cidadãos está estabelecida (C.R.P. e no C.C.), “contudo, nem sempre a igualdade de direito é uma igualdade de facto, principalmente, quando se trata do exercício dos papéis de género no interior do espaço doméstico” (Leandro, 2001, p. 102).

Impulsionado pelo Movimento Feminista, a partir da década de 70, emergiram novas formas de relação familiar (mais igualitárias ao nível do estatuto e da divisão do trabalho), o casamento perdeu importância e o divórcio parece ter aumentado ao passo que a mulher aspirava à sua realização pessoal e profissional (mulheres com mais habilitações literárias e o aumento progressivo do trabalho profissional feminino), à sua independência financeira relativamente aos homens e as dimensões afetivas da vida pessoal passaram a ser mais valorizadas (Torres, 1996). Assim, Hack e Ramires (2010) afirmam que na pós-modernidade, o modelo único de família com pai, mãe e filhos biológicos residindo num mesmo lar (família nuclear), está a *cair em desuso*. O divórcio trouxe um leque de novas configurações e organizações familiares. Contudo, e apesar das alterações legislativas já operadas, o modelo patriarcal, implicando uma ideologia estereotipada do desempenho de papéis no seio familiar, baseada no controlo social e na subordinação (Grzybowski, 2007), ainda subsiste na maioria das sociedades contemporâneas (Matos & Machado, 1999), não sendo exceção a portuguesa, como se observa, entre outros aspetos, pelos inúmeros casos de violência doméstica participados diariamente.

Concentrando a nossa atenção na análise do significado atribuído à paternidade/maternidade, importa recordar que apenas na última década do séc. XX o estudo das relações sociais de género passou a englobar as questões da “parentalidade”, constatando-se um maior envolvimento e responsabilização das mulheres no cuidado aos filhos, embora emergindo situações de homens que assumem as suas RP, traduzindo a tendência para a igualdade de género nas relações parentais (Devreux, 1991, *cit. por* Scavone, 2001; Jablonski, 1998, *cit. por* Dantas, Jablonski & Féres-Carneiro, 2004).

Atualmente, nas sociedades contemporâneas ocidentais, exalta-se a importância da coparentalidade (Devreux, 2006), existindo evidências de que mães e pais têm formas diferentes de responder e interagir com os seus filhos (Serôdio, 2009). Todavia, o

significado atribuído à maternidade e à paternidade está mergulhado em paradoxos e tensões que condicionam o modo como homens e mulheres se veem a si próprios como pais e mães. Verifica-se, paralelamente, que o progenitor masculino está cada vez mais disponível e se percebe como suficientemente competente para assumir as RP, solicitando com maior frequência a guarda/residência habitual dos filhos (Miller, 2006; Parke, 1996).

Enquanto saber ao dispor da justiça, a psicologia tem-se debruçado sobre a questão do divórcio, designadamente sobre a tomada de decisão relativamente à RERP. É consensual entre diferentes autores, que a presença e o cuidado de ambos os progenitores são fundamentais para que a criança vivencie de forma adaptada os processos de identificação e diferenciação (Amato & Booth, 1997; Eizirik & Bergmann, 2004; Emery, 1999, cit. por Miller, 2006; Greenberg & O'Neill, 1990; Rhoades, 2002), excetuando-se as situações em que um dos progenitores é abusivo para a criança, de forma direta ou indireta (Rhoades, 2002). Para Raposo et al. (2011), o impacto do divórcio não é necessariamente maior numa dada idade, dependendo os efeitos consoante o estágio desenvolvimental da criança. A imaturidade cognitivo-emocional pode condicionar a capacidade das crianças para avaliarem realisticamente as causas, os processos e as consequências da separação, sentindo culpa pela rutura entre os pais.

De entre os fatores evidenciados pela literatura científica que contribuem para as alterações no ajustamento de crianças e de adolescentes no pós-divórcio, Hack e Ramires (2010) destacam: O tempo de separação, as características da personalidade das crianças e adolescentes, a idade do menor no momento da separação, o género, o nível de conflito entre os pais e a qualidade da parentalidade, sendo frequente que no início da separação surjam nos filhos dificuldades, preocupações e sintomas.

Os problemas temporários no ajustamento das crianças associados ao divórcio dos pais têm implicações desenvolvimentais, “estando estas crianças duas vezes mais em risco de desenvolver problemas do que a população não divorciada nos dois primeiros anos após à separação conjugal” (Raposo et al., 2011, p.32). A evidência científica mostra que a magnitude e a duração dos problemas que a criança pode exibir derivam dos conflitos entre os ex-cônjuges (modo como os pais se adaptam ao divórcio, mormente a presença de sintomatologia psicopatológica, o que largamente interfere na sua competência parental) e não diretamente da mudança na estrutura familiar. Neste sentido, segundo Féres-Carneiro (1998, citado por Hack & Ramires, 2010), a capacidade dos filhos para gerirem o divórcio dos pais depende fundamentalmente da relação existente entre os progenitores e da capacidade destes distinguirem a função conjugal da função parental.

Para Amato (2005), a qualidade da parentalidade é um dos melhores preditores do bem-estar social e emocional da criança. Na fase inicial da rutura conjugal, os pais por estarem mais concentrados na sua adaptação às mudanças familiares, um estilo parental democrático partilhado por ambos elementos – coparentalidade cooperativa (e.g, quando as mães confiam e estimulam a guarda partilhada com o ex-cônjuge) é decisiva na adaptação da criança ao divórcio, já que estes progenitores ao priorizarem o bem-estar dos filhos, centram-se na resposta às necessidades da criança e mantêm uma relação construtiva, com novas fronteiras e papéis parentais mais flexíveis. Partilham a responsabilidade pela educação dos filhos e cooperam na tomada de decisão. Contrariamente, quando os pais têm estilos parentais divergentes, confrontando a criança com mensagens educativas inconsistentes, a ansiedade e os problemas de internalização desta aumentam. Por outro lado, Emery (1999, cit. por Miller, 2006) considera que a parentalidade inadequada, o conflito interparental e desestruturação da

estrutura familiar, explicam muitos dos comportamentos de externalização encontrados entre filhos de pais divorciados.

Para Serôdio (2009) falar de separação e divórcio implica falar em *presenças* e *ausências*, logo estas mudanças podem ser reestruturantes, mas também muito desorganizadoras, sobretudo para as crianças pequenas. Ainda hoje, a figura paterna é mais prejudicada nas separações conjugais, não como homem, mas como pai, já que a mãe, na grande maioria dos casos obtém a residência habitual dos filhos e ao desvalorizar o envolvimento do pai, prejudica o desempenho da paternidade na família no pós-divórcio (Struss, et al., 2001, cit. por Grzybowski, 2007). Assim, o afastamento dos pais pode ocorrer por influência da mãe. Neste sentido, vários estudos demonstram que as crianças que crescem sem uma figura paterna presente apresentam perturbações ao nível da construção da sua identidade sexual, do ajustamento psicossocial e resultados escolares pouco satisfatórios.

Hack e Ramires (2010), reforçam que os pais de adolescentes em situação de divórcio deverão, em prol da sua necessidade de autonomia, responder cooperativamente e promover a flexibilidade das visitas, tendo em atenção os horários das suas atividades e *hobbies*, “criando planos estruturados que facilitem os empreendimentos de suas metas e progressos enquanto adolescentes” (Mahon et al., 2003, p. 93, cit. por Hacj & Ramires, 2010). Os adolescentes podem desenvolver vulnerabilidades e colocarem-se em risco por estarem centrados na busca da autonomia e por deterem outras fontes de apoio fora da família, passam a ideia de que vivem de forma mais independente e aparentemente distantes dos problemas familiares. No entanto, estes continuam a necessitar de apoio, limites, no fundo da continuidade dos cuidados. Logo, a evidência científica demonstra que o desamparo e a rutura dos relacionamentos podem conduzir ao aparecimento de desajustes, ou prematuridade.

A guarda partilhada pode propiciar a manutenção do vínculo com o progenitor não residente, garantir a igualdade de oportunidades no ERP, contribuir para a redução do conflito entre progenitores e atenuar o recurso aos tribunais por incumprimentos das RP (Grief, 1979; Lamb, 1999, cit. por Miller, 2006; Luepnitz, 1986; Parke, 1996; Seltzer, 1998; Shapiro & Lambert, 1999). Além disso, proporciona às crianças um aumento da autoestima e das experiências positivas (Wolchik et al., 1985, citado por Miller, 2006). Neste sentido, muitos tribunais disponibilizam alguns programas de intervenção, como a mediação familiar, programas de educação parental, intervenção psicoeducacional e intervenção terapêutica, por reconhecerem a importância da promoção do envolvimento dos progenitores masculinos nas RP (Fox & Blanton, 1995; McNeely, 1998; Miller, 2006; Selleck et al., 1989).

Considerando a tomada de decisão judicial, concordamos com Drobak e North (2008) quando defendem que esta não ocorre no *vazio*, um vez que um juiz é um ator social que, como qualquer ser humano, possui o seu sistema de crenças e de valores e um leque de experiências de vida e a tomada de decisão deriva da conjugação de diversos fatores como as normas judiciais, leis constitucionais, ética, deontologia, política, educação, sociedade, características pessoais do juiz. Assim sendo, esta ideia, conjugada com a especificidade de cada processo, levam a admitir a imprevisibilidade e a diversidade das decisões judiciais.

Partindo do pressuposto que a RERP é um processo de jurisdição voluntária, cujo critério decisório é a supremacia do interesse do menor que, por ser um conceito de natureza jurídica indeterminada, o juiz devendo analisar a idiosincrasia de cada caso e tomar a decisão que julgue mais oportuna e que melhor sirva os interesses da criança em causa, não se vê obrigado a respeitar critérios legais objetivos. Assim, concordamos que nesta área do direito, a missão do juiz pode revelar-se extraordinariamente complexa e

ambígua. Entre 1981 e 2009 são vários os estudos internacionais sobre a tomada de decisão judicial nesta jurisdição. Apresentaremos apenas dois que mostram maiores similitudes com a investigação que desenvolvemos e aqui expomos. Em 2001, em Taiwan, Liu analisou o conteúdo de 70 acórdãos recolhidos em dois Tribunais (um rural e o outro urbano) com a intenção de explorar de que forma os juízes determinam o superior interesse da criança, assim como a influência dos seus sistemas de crenças e valores socioculturais na aplicação da lei relativa à RERP.

Dado que os acórdãos refletem muitas das crenças culturais e valores sociais que obstam à igualdade de género em Taiwan, é possível constatar que o género, a idade e a educação, bem como outros fatores do quadro de referências do juiz, influenciam significativamente a tomada de decisão. Em conformidade, o autor verificou que os juízes atribuem preferencialmente a residência habitual da criança à mãe, por a encararem como mais competente do que o pai (a preferência materna, como estereótipo de género, em todas as decisões cujos critérios fundamentais foram a idade da criança e a qualidade do relacionamento afetivo com as figuras parentais); assumem que o estatuto socioeconómico (ideia tradicional) é um fator essencial no processo decisório; raramente atribuem a guarda partilhada, nem definem a obrigação de alimentos e o regime de visitas para o progenitor masculino, simplesmente por defenderem que a melhor solução implica a mulher como cuidadora principal e no sustento aos filhos (os juízes não percecionam que esta prática judicial possa conduzir a graves consequências para o bem-estar e desenvolvimento da criança, nem para a promoção da igualdade de género); os juízes apreciam, unicamente, o parecer dos técnicos de serviço social e decidem, muitas vezes, em consonância com este (dispensam o contributo da psicologia forense, ao contrário de outros países); e, por último, os juízes provenientes da área rural tendem, inconscientemente, a adotar atitudes mais tradicionais e conservadoras.

Em 2005, Hacker, em Israel, entrevistou 27 profissionais (juízes, legisladores e terapeutas) e 40 progenitores divorciados com o vista a analisar a perceção destes relativamente à conceção de maternidade e de paternidade e à sua negociação durante o processo de divórcio. Recorrendo à *grounded analysis* alcançou os seguintes resultados: 1. a maternidade, para a maioria dos participantes é, efetivamente, diferente e melhor do que a paternidade relativamente às competências de cuidado diário dos filhos, devido à predisposição biológica materna ("instinto maternal"). No entanto, observou discordância de alguns dos entrevistados que atribuíam a preeminência das competências maternas ao processo de socialização (não é inato); 2. quer os profissionais quer os progenitores são conhecedores da lei e defendem a preferência materna para crianças de tenra idade como uma decisão assertada; 3. o estereótipo da maternidade tradicional restringe o direito à igualdade de género na parentalidade e influencia diretamente a tomada de decisão ao nível da RERP, apesar dos entrevistados avocarem que o conceito de maternidade está em mudança, pois as mulheres, na era contemporânea, trabalham fora de casa, têm aspirações pessoais e profissionais para além do seu papel parental; 4. as mães obtêm maioritariamente a residência habitual das crianças e o pai só a conseguirá se provar a incompetência materna; 5. a opção pela guarda partilhada foi ignorada por muitos dos atores judiciais; 6. a maioria dos entrevistados admite o desinteresse do homem na obtenção da residência unilateral dos filhos ou no exercício conjunto das RP; 7. a totalidade dos sujeitos defende a manutenção do contacto entre o pai e a criança, embora os benefícios não fossem identificados, e era clara a dificuldade em definirem o conceito de paternidade, que corrobora a ambiguidade existente na era atual, reforçada pelo aparecimento da noção de *novo pai*, associada ao princípio da igualdade de género; 8. a amostra considera que, se ambos progenitores (não residente e residente) passassem o mesmo número de horas

com os filhos, a relação com estes melhoraria e o papel disciplinador e educativo seria partilhado. A título de conclusão, constata-se que em Israel, a sociedade e os atores judiciais percebem a maternidade e a paternidade de forma diferente.

O objetivo do presente estudo é analisar os discursos de atores judiciais sobre os papéis de pai e de mãe e a sua influência na tomada de decisão judicial relativamente à Regulação do ERP

MÉTODO

Participantes

Os participantes da nossa amostra foram selecionados através de um processo de amostragem teórica intencionalizada e orientada pela informação que estes profissionais detinham sobre a temática. Definimos como critérios para a seleção: O seu amplo conhecimento teórico-jurídico; a sua longa experiência enquanto ator judicial no âmbito da RERP; o seu interesse por questões relacionadas com a família, o divórcio, o *superior interesse do menor* e as responsabilidades parentais, visíveis através de obras publicadas, da participação em conferências, congressos e ações de formação sobre estes assuntos em Portugal e no estrangeiro; e a sua carreira na docência no Centro de Estudos Judiciais (CEJ) ou em Faculdades de Direito.

A nossa amostra era constituída por nove atores judiciais - uma jurista e professora universitária do sexo feminino, três juizes de direito, do sexo feminino, e cinco magistrados do Ministério Público, do sexo masculino. O período de contacto com a área da totalidade dos participantes situa-se entre os 5 e os 30 anos. Quanto às idades dos mesmos, estas oscilam entre 35 os 57 anos. Por uma questão de reserva da confidencialidade que lhes foi assegurada, apresentamos apenas caracterizações coletivas e não outros dados de caracterização da amostra.

Material

Numa primeira fase da presente investigação, efetuamos uma análise bibliográfica e documental sobre a temática em estudo e, elaboramos um guião de entrevista utilizado aquando da realização das entrevistas aos atores judiciais. Este instrumento tinha como principal função servir de guia ao entrevistador na condução da entrevista, e permitindo a livre expressão de opiniões dos entrevistados sobre cada um dos assuntos.

Procedimento

Tendo em conta a natureza exploratória do nosso estudo, optamos por um tipo de pesquisa orientado para a descoberta e para a produção teórica, i.e. pelas metodologias qualitativas, entre as quais a *grounded analysis*, integrada na *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1998), que constituiu o quadro de referência central e nos permitiu aceder às percepções de um conjunto de pessoas, ao seu mundo individual, social e subjetivo.

RESULTADOS

Os discursos dos diferentes atores judiciais após analisados fizeram brotar as seguintes categorias gerais: 1. conceito de paternidade; 2. conceito de maternidade; 3. fatores relevados na tomada de decisão judicial; 4. guarda conjunta; 5. efeito de género na tomada de decisão judicial; 6. influência dos estereótipos na tomada de decisão judicial. A estas categorias associaram-se diversas subcategorias que, por limitações de espaço, não exploraremos neste texto. Devido a igual motivo não nos será possível pormenorizar aqui os dados relativos a cada uma das categorias identificadas, pelo que remetendo os leitores interessados para Parente (2009).

De uma forma geral, a análise integrada dos conteúdos de cada uma das categorias atrás mencionadas, permitiu-nos aferir que o discurso social e o discurso judicial

convergem relativamente a determinadas dimensões, nomeadamente a conceção de paternidade, de maternidade e de superior interesse do menor, bem como a perceção sobre a influência dos estereótipos e do efeito de género na tomada de decisão judicial. Desta forma, verificamos que as perceções de alguns dos nossos participantes sobre a maternidade e a paternidade refletem padrões comportamentais e sistemas de valores culturais tradicionais, ainda hoje dominantes na nossa sociedade (e.g., consideração de que a mulher, na maior parte dos casos, é a melhor cuidadora e a figura principal de referência das crianças).

Mesmo estando conscientes que a mudança das mentalidades é mais morosa e exigente do que as alterações legais e em contrariamente ao atrás relatado, com este estudo constatamos que as perceções de alguns dos atores judiciais entrevistados são mais igualitárias a nível do género ao considerarem que, atualmente, o progenitor masculino está mais disponível para o envolvimento parental (*novos pais*), mais reivindicativo quanto à disputa da residência habitual dos filhos, mais voltado para a partilha das atividades domésticas, principalmente as de cuidado diário dos filhos, desde a sua tenra idade. Paralelamente defendem que as mulheres, hoje em dia, trabalham maioritariamente fora de casa, tendo menor disponibilidade para a família e para aquilo que é o espaço doméstico. A conjugação destes dois factos leva, inevitavelmente, à aproximação do papel de ambos os progenitores.

No que respeita à tomada de decisão judicial relativa à RERP, apuramos algumas perceções estereotipadas sobre o papel paterno (e.g., não é tão competente nem está tão disponível como a mãe para o envolvimento parental com os filhos) e o papel materno (e.g., possui mais aptidões inatas para a prestação de cuidado e para se relacionar afetivamente com o menor), assim como a idade, a educação dos magistrados e as suas experiências de vida, interferem com a sua visão do exercício das responsabilidades parentais e podem influenciar a sua tomada de decisão.

Foi-nos possível ainda constatar alguma ambiguidade quanto ao critério central que orienta o julgador no processo decisório da RERP - *o superior interesse da criança*, podendo contribuir para o surgimento de discursos, atitudes e práticas jurídicas discriminatórias, que veiculam e reafirmam estereótipos de género, nomeadamente os associados aos papéis parentais, podendo comprometer o verdadeiro interesse dos menores e o princípio da igualdade de género constitucionalmente definido. Alguns dos estereótipos e conceções de paternidade e de maternidade, entre outros detetados, poderão pôr mesmo em causa este critério fundamental, tal como princípio da igualdade de género, consignado na legislação nacional.

É visível que nalgumas dimensões, a lei e os decisores parecem ir “à frente” da sociedade (e.g., privilegiar, pelo menos em abstrato, a paridade entre mães e pais; orientar a sua ação pelo superior interesse da criança e os deveres e responsabilidades dos pais, em vez de pelos interesses ou *poderes* destes), mas noutras vão ainda de par ou mesmo *atrás* das mudanças sociais contemporâneas (estereótipos sobre a *mãe cuidadora natural* ou sobre o papel masculino na educação das crianças).

DISCUSSÃO

É com base nesta evidência que ponderamos se o Direito e a Jurisprudência, nesta área específica da Família e dos Menores, podem funcionar como tradutores, refletores ou reforçadores dos sistemas de crenças dominantes. Contudo, consideramos mais relevante que eles podem (devem?) contribuir para a transformação das consciências individuais e coletivas em Portugal, este sim é um caminho que se apresenta longo e, ainda parcialmente por realizar e para o qual Direito, Psicologia e Sociologia podem

cooperar. Assim, estaremos todos a contribuir efetivamente para a promoção do bem-estar e para o desenvolvimento positivo e adaptativo das nossas crianças e jovens e em simultâneo para minorar cenários psicopatológicos que encontram os seus alicerces no *falhanço* da coparentalidade após o divórcio.

Notas

¹ Esta alteração veio reforçar o reconhecimento da criança como pessoa e como parte integrante da família, com pleno direito de exprimir livremente a sua opinião, devendo esta ser devidamente considerada na tomada de decisão relativamente à RERP (Ramião, 2009; Taylor & Tapp, 2003; Kurki-Suonio, 2000).

² Utilizamos o conceito "comprovar" no sentido de Sottomayor (2003, *cit in* Ramião, 2009) quando esta autora afirma que para se decidir de uma guarda conjunta se deve realizar uma análise cuidada e detalhada dos factos de cada caso, sendo que essa presunção, quando os progenitores estão em conflito, poderia incrementar esse mesmo conflito através da chantagem e manipulação de um sobre o outro.

REFERÊNCIAS

- Aboim, S., & Wall, K. (2002). Tipos de Família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37, 475-506.
- Afonso, R. M., & Poeschl, G. (2005). "O meu marido ajuda-me muito, mas eu é que faço tudo". II Congresso Hispano-Português de Psicologia. *Iber-Psicologia*.
- Amâncio, L., & Wall, K. (2004). *Centro de Estudos Sociais Família e Papéis de Género: Alguns dados recentes do Family and Gender survey (ISSP)*. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra.
- Amato P. R. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *Future Child*, 15, 75-96.
- Antunes, C., Caridade, S., & Pereira, A (2005). Avaliação dos processos de regulação do exercício do poder paternal. In Gonçalves & Machado (Eds.), *Psicologia Forense* (pp.289-318). Coimbra: Quarteto.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70
- Coelho, B. (2008). De "Johnny Guitar" à incerteza implícita no novo: a vida de todos os dias como compasso da mudança das relações de género na família, *CIES e-Working Papers*, N.º 44. Lisboa.
- Dantas, C., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2004). Paternidade: Considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 14, 347-357. Consultado em <http://scholar.google.pt/scholar>, em Março 2008
- Drobak, J.N., & North, D.C. (2008). Understanding judicial decision-making: The importance of constraints on non-rational deliberations. *Journal of Law & Policy*, 26, 131-152. Consultado em <http://digitalcommons.law.wustl.edu/wujlp/vol26/iss1/7>
- Eizirik, M., & Bergmann D.S. (2004). Ausência paterna e repercussão no desenvolvimento da criança e do adolescente: Um relato de caso. *Revista de Psiquiatria RS*, 26, 330-336. doi:10.1590/S0101-81082004000300010.
- Grzbowski, L.S. (2007). *Parentalidade em tempos de mudança: desvelando o envolvimento parental após o fim do casamento*. Tese para obtenção do grau de Doutorado em Psicologia na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Hacker, D. (2005). Motherhood, fatherhood and law: Child custody and visitation in Israel. *Social & Legal Studies*, 14, 409-431. doi:10.1177/0964663905054911

- Hack, S.M.P.K., & Ramires, V.R.R. (2010). Adolescência e divórcio parental: Continuidades e rupturas dos relacionamentos. *Psicologia Clinica*, 22, 85 – 97. doi:10.1590/S0103-56652010000100006
- Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Liu, H. (2001). Mother or father: Who received custody? The best interests of the child standard and judges' custody decisions in Taiwan. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 15, 185-225. doi: 10.1093/lawfam/15.2.185
- Matos, M., & Machado, C. (1999). Violência conjugal e o modelo de intervenção em crise. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 2, 373-387.
- McClelland, S. (2001). Why dads matter. *Maclean's Online*, 114, 25-34.
- Miller, M. K. (2006). Through the eyes of father: How PRWORA affects non-resident fathers and their children. *International Journal of Law, Policy and Family*, 20, 55-73. doi: 10.1093/lawfam/ebi032
- Parente, C. (2009). *Responsabilidades parentais: O discurso dos actores judiciais e a tomada de decisão judicial*. Tese de Mestrado em Temas de Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Parente, C., & Manita, C. (2010). Tomada de decisão judicial na regulação do exercício das responsabilidades parentais – Estudo Exploratório sobre algumas variáveis que a podem influenciar. In *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.
- Parke, R.D. (1996). *Fatherhood*. London: Harvard University.
- Peixoto, C., Ribeiro, C., & Manita, C. (2007). Avaliação psicológica forense das capacidades parentais. *Revista da SPTM*, 11, 142-156.
- Pereira, M., & Pinto, H. (2003). O conflito no contexto da separação e divórcio: A perspectiva feminina. *Teoria, Investigação e Prática*, 2, 187-2003.
- Poeschl, G. (2000). Trabalho doméstico e o poder familiar: práticas, normas e ideais. *Análise Social*, 35, 695-719.
- Poeschl, G., Múrias C., & Costa, E. (2004). Desigualdades sociais e representações das diferenças entre os sexos. *Análise Social*, 40, 365-387.
- Ramião, T. A. (2008). *O divórcio e questões conexas: Regime jurídico actual*. Lisboa: QUID JURIS, Sociedade Editora.
- Raposo, H.S., Figueiredo, B.F.C, Lamela, D.J.P.V., Nunes-Costa, R.A., Castro, M.C., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38, 29-33. doi: 10.1590/S0101-60832011000100007
- Rhoades, H. (2002). The 'no contact mother': Reconstructions of motherhood in the era of the 'new father'. *International Journal of Law, Policy and Family*, 16, 71-94. doi: 10.1093/lawfam/16.1.71
- Scavone, L. (2001). Maternidade: Transformações na família e nas relações de género. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 47-60. doi: 10.1590/S1414-32832001000100004
- Serôdio, S.G. (2009). *A função paterna e o desenvolvimento infantil: Influência da gratificação parental e da presença versus ausência nos primórdios do auto-conceito da criança*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia na Faculdade de Psicologia Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Sottomayor, M.C. (1999). The introduction and impact of joint custody in Portugal. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 13, 247-257. doi: 10.1093/lawfam/13.3.247
- Sottomayor, M.C. (2008). *Regulação do poder paternal nos casos de divórcio* (4ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2^a ed.). London: Sage Publications
- Torres, A. (1996). *Divórcio em Portugal: Ditos e interditos*. Oeiras: Celta Editora.

INDICADORES DE ESTRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO DE HABITANTES DA AMAZÔNIA-BRASIL

Lerkiane Miranda de Morais [✉] 1, Suely A. do Nascimento Mascarenhas 1, Fabiana Soares Fernandes 1, José L. Pais Ribeiro 2

1- Universidade Federal do Amazonas/Humaitá-Brasil; 2- Universidade do Porto – Porto-Portugal

A saúde psicológica, bem como o bem-estar psicossocial são bens indisponíveis das pessoas e constituem-se direitos de cidadania conquistados pela sociedade atual, devendo ser promovidos e protegidos pelo estado (Brasil, 1988). Na sociedade atual as pessoas estão cada vez mais expostas a diversas situações as quais precisam se adaptar, tais como pressões e cobranças tanto da família quanto da sociedade. Essas expressivas mudanças passou a exigir do ser humano uma grande capacidade de adaptação física, mental e comportamental. Sendo assim nota-se que esse novo modo de vida baseado na disputa diária para sobreviver nessa sociedade capitalista e com características bem marcantes de competitividade, injustiças sociais, desigualdades sociais, preconceito, desempregos, entre outros, tem gerado males à saúde psíquica, sendo os principais e mais comum o estresse, a ansiedade e a depressão. Tais fenômenos afetam o bem-estar físico e emocional, fazendo com que as pessoas afetadas por estas patologias sintam-se desmotivadas a realizar várias atividades, pois estes têm sua capacidade de ver o mundo alterado. O bem-estar psicossocial que caracteriza a qualidade de vida é direito de todos, bem como, saúde. O estresse, a ansiedade e a depressão são doenças que prejudicam o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida.

Sentir-se ansioso é uma experiência comum a qualquer ser humano. Quem já não se sentiu apreensivo, com palpitações, com respiração rápida, ou até mesmo inquieto? Segundo D’el Rey (2005), a ansiedade é uma resposta normal para diversos acontecimentos na vida: para um bebê ameaçado com o afastamento dos pais, para as crianças no primeiro dia de escola, entre outros. Deste modo, pode-se dizer que a ansiedade é uma acompanhante normal do crescimento, das mudanças, de experiências novas e inéditas, do encontro da própria identidade e do sentido da vida de uma pessoa. O Ser humano é dotado de um equipamento psicológico e biológico suficiente para fazê-lo sentir ansiedade diante de situações específicas e que exigem uma atitude mais incisiva e imediata, entretanto, assim que tal situação se resolva, é adequado que tudo volte ao normal, ou seja, que essa pessoa fique sem ansiedade (D’el Rey, 2005). Cabral (2006), considera ansiedade como uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido,

[✉] - Lerkiane Miranda de Morais, Universidade Federal do Amazonas-UFAM, Rua 29 de Agosto, 786, Centro, Humaitá/AM- Brasil CEP: 69800-000, E-mail: lerkianemiranda@hotmail.com

medo intenso, aperto no tórax, transpiração. Para Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade é um estado emocional que faz parte do espectro normal das experiências humanas e apresenta componentes psicológicos e fisiológicos. Ela passa, porém, a ser patológica quando não existe um objeto específico ao qual se direcione ou quando é desproporcional à situação que a desencadeia. Deste modo, é válido afirmar que, uma pessoa que tenha uma reação ansiosa inadequada ou extrema e de longa duração a um determinado acontecimento pode estar sofrendo de algum tipo de transtorno de ansiedade.

Em acordo com as alusões acima, é válido ressaltar que, a ansiedade é uma defesa natural do ser humano, mas torna-se prejudicial quando limita, impede, bloqueia e quando provoca sentimentos ou sensações de difícil controle na vida das pessoas. Nesse caso alguns sintomas começam a aparecer, o indivíduo passa a desacreditar em suas capacidades, podendo surgir sentimentos de inferioridade, incapacidade, impotência. Sentindo-se desta forma, o temor pela rejeição pode aparecer acompanhado de uma sensação de abandono ou solidão. Assim, a ansiedade vai tomando conta do sujeito. Ela provoca reações físicas e o corpo entra em estado de alerta, reagindo contra o inimigo (Mascarenhas, Morais & Mota, 2013). Pessoas acometidas pela ansiedade tornam-se hipersensíveis nos relacionamentos pessoais e frequentemente se sente inconvenientes e tristes. Não importa quanto às coisas estejam indo bem, elas mantêm-se sempre apreensivos e ansiosos. Bernik (1999) afirma que quatro componentes estão presentes nas manifestações de ansiedade, ou seja, manifestações cognitivas (por exemplo, pensamentos de apreensão quanto a um desfecho negativo de uma situação), emocionais (por exemplo, vivência subjetiva de desprazer ou desconforto), comportamentais (inquietação, sobressaltos, evitação entre outros) e somáticas (por exemplo, hiperatividade automática, tensão muscular, entre outros).

O estresse não pode ser considerado como um fenômeno psicológico da contemporaneidade, tendo em vista que, o mesmo, sempre existiu, desde a antiguidade; a diferença é que hoje, têm-se a consciência de seus efeitos positivos e negativos, nas pessoas, no contexto familiar, social e do trabalho. O termo estresse foi utilizado pela primeira vez na área da saúde em 1926 por Selye para designar um conjunto de reações específicas que ele havia observado em pacientes sofrendo as mais diversas patologias. Em 1936, Hans definiu a reação do estresse como uma síndrome geral de adaptação e em, 1974, ele redefiniu estresse como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência (Selye, 1956). As primeiras referências à palavra stress, com significado de "aflição" e "adversidade", são do século XIV. No século XVII, o vocábulo de origem latina passou a ser utilizado em inglês para designar opressão, desconforto e adversidade (Lipp, 1996). Dessa forma o estresse não é um fenômeno novo nem está limitado à moderna sociedade ocidental. Ele está presente em todas as sociedades, assim sempre que um homem interage com outras pessoas ou com meio ambiente, cria-se uma certa quantidade de estresse. O estresse, na verdade, esteve sempre presente na história da humanidade. Apesar deste fenômeno não ser exclusivo do mundo contemporâneo, nunca se falou tanto em estresse como na sociedade de hoje. O mundo de hoje é realmente estressante. A competição feroz entre as empresas, a globalização, os programas de qualidade, produtividade e tantos outros deixam o indivíduo estressado (Marins, 2003). O estresse é uma reação muito forte do organismo quando o indivíduo enfrenta qualquer tipo de evento seja ele bom ou mau e que altera a vida desse sujeito. Deste modo, pode ser caracterizado como uma manifestação global do organismo, com componentes psicológicos e físicos, causadas pelas alterações psicofisiológicas e físicos, decorrentes da confrontação pessoal com uma situação que de alguma forma altere sua estabilidade, podendo ser gerada pela percepção de estímulos que provocam excitação

emocional, por perturbarem a homeostasia interna (capacidade de manter ou reproduzir o equilíbrio diante de novas situações) (Dorsch, 2009).

Para Adura (2002, p.80) o stress “é um conjunto de reações às agressões de ordens físicas, psíquicas, infecciosas e outras, capazes de perturbar-lhe a homeostase. Pode estar presente em várias situações de nossas vidas, tais como nas atividades esportivas, nos exames vestibulares”, nas atividades do trabalho entre outros. Dessa forma o estresse é uma reação causada pelas situações do corpo e da mente quando se está diante de uma situação que represente perigo, ameaça ou que, de alguma forma, exija mudanças. Em outras palavras, é uma reação psicofisiológica que ocorre quando se precisa enfrentar uma situação que, de um modo ou de outro, irrita, amedronta, excita confunde ou mesmo faz a pessoa feliz. Lipp (1994) classificou este fenômeno psicológico em três estágios: No primeiro estágio, a pessoa experimenta uma série de sensações que às vezes não se identificam como estresse, como palidez (a circulação periférica é concentrada no interior do organismo), a taquicardia e a respiração acelerada (o corpo precisará de mais energia e, assim, de mais sangue circulando). Essas atividades estão diretamente ligadas ao instinto de sobrevivência. O segundo estágio, chamado de fase de resistência, caracteriza-se pela tentativa de o organismo retornar a um estado de equilíbrio. Com a retomada do equilíbrio alguns sintomas iniciais vão desaparecendo, porém esta adaptação utiliza a energia de que o organismo necessita para outras funções vitais. Se neste momento é utilizada grande parte da energia adaptativa da pessoa o organismo entra na fase de exaustão. O terceiro estágio, dito da exaustão seria definido pela incapacidade do organismo em retornar ao equilíbrio, correndo o risco de um dano fisiológico irreversível (Lipp, 1994). Selye (1965) compara o nosso corpo a uma maquinaria de ajustamentos e equilíbrio, ajustando-se com eficiência a qualquer coisa que nos aconteça na vida. Mas, às vezes, essa maquinaria não funciona perfeitamente, há casos em que suas respostas são fracas demais, faltando proteção; outras vezes são fortes demais, e assim lesamos o próprio corpo com uma excessiva reação ao estresse. Para finalizar, é válido esclarecer que, eliminar totalmente o estresse do cotidiano de um indivíduo seria o mesmo que emitir seu atestado de óbito. Fisiologicamente falando, a ausência total de estresse equivale à morte. O que se deve procurar é reduzir os efeitos danosos do estresse que a sociedade proporciona. Deve-se buscar uma postura onde o estresse seja um acontecimento positivo e não um empecilho ao desempenho pessoal, à saúde e à felicidade (Carvalho & Serafim, 2002). Esse olhar é fundamental para o bem estar psicológico o ser humano, tendo em vista que, pessoas estressadas negativamente ou em excesso esgotam sua capacidade de adaptação, fazendo com que o organismo fique destituído de nutrientes e a energia mental fique reduzida, prejudicando a produtividades e a capacidade de trabalho do indivíduo (Mascarenhas, et al., 2013).

O fenômeno da Depressão é definido como visão negativa de si, do mundo e do futuro, ou seja, depressão como perturbação da observação de si mesmo, da autovalorização e auto reforço (Dorsch, 2009). Férida (2001) considera a depressão como uma doença humana do tempo que afeta a representação e a ação, as potencialidades da linguagem, assim como a comunicação com os outros. Deste modo, na depressão, acontece uma diminuição do interesse global, ou seja, poucas coisas interessam ao deprimido. Sendo assim, o indivíduo tende a prestar pouca atenção em quase tudo, conseqüentemente sua memória fica comprometida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas, porém não é sinal de fraqueza, de falta de pensamentos positivos ou uma condição que possa ser superada apenas pela força de vontade ou com esforço. Causando inúmeros danos na vida do sujeito tanto na vida pessoal quanto na vida

profissional e social, visto que para exercer diversas atividades a pessoa tem que estar com seu bem-estar psicossocial em bom estado, a fim de poder ter o controle de suas emoções e etc. Sendo assim, é possível afirmar que, no deprimido o pensamento predominante é o de pessimismo, ruína e menos valia. Há uma tendência de visualizar quase tudo com poucas possibilidades de sucesso, acreditar mais nas chances de cada plano ou projeto dar errado e identificar-se como o pior ou o culpado (Mascarenhas, et al., 2013).

O objetivo do presente estudo é apontar os indicadores de Ansiedade, Estresse e Depressão apresentados por habitantes da Amazônia-Brasil.

METODO

A referida pesquisa é de cunho quantitativo. A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (Polit, Becker, & Hungler, 2004). O método quantitativo de pesquisa tem no questionário uma de suas grandes ferramentas. É pelos resultados obtidos nessa técnica de coleta de dados que são feitas as induções, que hora confirmam as suposições inicialmente levantadas pelo pesquisador, e hora as refutam.

Participantes

Participaram neste trabalho 544 habitantes residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Os sujeitos participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto. Destes 544 habitantes, 32% residem no Município de Humaitá, 42% Manicoré, 7,4% Lábrea, 11% Benjamim Constant, 6,3% Tabatinga, 1,5% em Manaus. Com relação à idade esta amostra é composta por 65,3 % de Jovens Adultos (com idades entre 18 e 25 anos); 34,6 % Adultos (com idades 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 se refere à etnia, 24,8% se declararam branco, 10,2% negro, 25,1% indígena, 30,0% pardos e 9,8% não declararam sua 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% 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 pertence à classe baixa, ou seja, tem renda mensal entre zero e dois salários mínimo. Estes indicadores apontam para o fato que, a maioria das famílias dos sujeitos desta pesquisa sobrevive com o mínimo possível, e muitas das vezes a renda das mesmas chega não ser suficiente para atender as necessidades básicas e essenciais para a sobrevivência do ser humano na sociedade. Com isso, essas famílias acabam não tendo condições de usufruir das muitas opções de lazer, cultura entre outros que o mundo oferece. Isso sem falar no acesso a saúde e educação oferecida pelo setor

privado. Isso faz com que essas pessoas sejam obrigadas a utilizar apenas os serviços públicos, os quais muitas das vezes deixam a desejar.

Material:

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação da Escala de Estresse, Ansiedade e Depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) com resposta numa escala Likert de 4 pontos: de 1, Não se aplicou nada a mim a 4, Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. A referida escala é composta por 21 itens, sendo que 7 itens avalia o fenômeno Ansiedade, 7 itens para o fenômeno Estresse e 7 itens para o fenômeno psicológico da Depressão.

Procedimento

Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS

Para a elaboração deste trabalho recorreremos à análise descritiva dos dados, os resultados serão registrados no quadro 1.

Quadro 1

Média e desvio padrão Escala Estresse, Ansiedade e Depressão aplicada a habitantes do Amazonas, 2013.

Descrição do item	Média	Desvio Padrão
1 – Tive dificuldade em me acalmar	1,97	1,04
2 – Senti a minha boca seca	1,87	1,01
3- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	1,81	1,01
4 – Senti dificuldade de respirar	1,87	1,05
5 – Tive dificuldade de tomar a iniciativa de fazer alguma coisa	2,00	1,00
6 – Tive tendência de reagir em demasia em determinadas situações	1,99	1,03
7 – Senti tremores (por exemplo nas mãos)	1,85	1,05
8 – Senti que estava utilizando muita energia nervosa	1,90	1,04
9- – Preocupe-me com situações que podia entrar em pânico e fazer ridícula	1,88	1,08
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	1,72	0,98
11- Dei por mim agitado	2,01	1,04
12- Senti dificuldades de relaxar	2,00	1,03
13- Senti-me desanimado (a) e melancólico (a)	1,99	1,06
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava fazendo	1,93	1,04
15- Senti-me quase entrando em pânico	1,71	0,96
16- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	1,75	1,00
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa	1,08	1,05
18- Senti que as vezes estava sensível	2,06	1,10
19- Senti alterações em meu coração sem fazer exercícios físicos avaliações	1,80	1,04
20- Senti-me assustado(a) sem ter uma boa razão para isso	1,79	1,02
21- Senti que minha vida não tinha sentido	1,67	1,03

Fonte: Base de dados pesquisa/LAPESAM, UFAM, 2013.

De acordo com as informações registradas, verificam-se modestos indicadores de estresse, ansiedade e depressão por parte dos integrantes da pesquisa.

DISCUSSÃO

Da análise da totalidade de informações aportadas até o momento, verifica-se que os resultados revelam a indicadores moderados de estresse, ansiedade e depressão nos participantes da pesquisa. A continuidade da pesquisa aportará indicadores robustos que

poderão apoiar políticas públicas para melhoria da saúde psicológica da população e a estruturação de programas de apoio a Saúde Emocional e Psicossocial.

Agradecimentos

Estudo realizado ao abrigo do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq, uma iniciativa do Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq,

REFERÊNCIAS

- Adura, F. E. (2002). *Medicina de trânsito – 101 perguntas e respostas*. São Paulo: Abramet.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Recuperado em 24 de novembro de 2013 de <http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256a.htm>
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília: Congresso Nacional.
- Brasil (2012). *Relatório para definição da classe média no Brasil*. Recuperado em 24 de novembro de 2013 de www.sae.gov.br.
- Bernik, M. A. (1999). *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência*. São Paulo: Edusp.
- Cabral, Á., & Nick, E. (2006). *Dicionário técnico de psicologia*, 14º ed. – São Paulo: Cultrix.
- Carvalho, A.V., & Serafim, O. C. G (2002). *Administração de recursos humanos*. Vol. 2. São Paulo: Ed. Pioneira.
- D'el Rey, G.J. F. (2005). Quando a ansiedade torna-se uma doença. *Revista Integração*, 43, 379-382. São Paulo. Recuperado em 1 de janeiro de 2014 de ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/379_43.pdf.
- Dorsch, F. (2009). *Dicionário de psicologia*, 4ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes, tradução de Emmanuel Carneiro.
- Fédida, P. (2001). *Dos benefícios da depressão: Elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta.
- Lipp, M.E.N. (1994). *Como enfrentar o stress*. (3ª ed.) São Paulo: Ícone.
- Lipp, M.E.N. (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil – Saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M.E.N. (1996). *Estresse: Conceitos básicos*. Campinas: Papirus.
- Marins, L. (2003). *Livre-se dos “Corvos”*. São Paulo: Harbra.
- Mascarenhas, S.A.N., Morais, L.M., & Mota, F.G. (2013). Ansiedade, estresse, depressão e rendimento acadêmico no ensino superior. In S.A. Mascarenhas (Coord.), *Determinantes do rendimento e do bem estar psicossocial em contextos educativos formais*. Edições Loyola: São Paulo.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. P. L. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J. P. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*. 2ª edição. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. P. L., Mascarenhas, S. A. N., Honrado, A., & Leal, I. (2008). Escalas de ansiedade, depressão e estresse (EADS): Um estudo com estudantes universitários do Brasil (Amazônia). In Noronha, Machado, Almeida, Gonçalves, Martins &

- Ramalho (Org.), *Actas XIII Conferência Internacional Avaliação Psicológica Formas e Contextos* (pp. 1-9). Braga: Universidade do Minho.
- Selye, H. (1956) *Stress, a tensão da vida*. Edição original publicada por McGraw – Hill Book Company, Inc.

RASTREIO EM SAÚDE MENTAL AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUM CENTRO HOSPITALAR

Alexandra Seabra[✉], Carla Neto, Catarina Severiano, Cristina Duarte, Maria Manuel Nunes de Carvalho, Paula Pires e Susana Silva

Centro Hospitalar do Oeste – Unidade de Torres Vedras, Serviço de Psicologia Clínica, Serviço de Saúde Ocupacional, Grupo de Trabalho em Saúde Mental, Torres Vedras; Portugal

Ao longo da experiência clínica na área da saúde verificámos que diferentes profissionais de saúde apresentam muitas vezes atitudes agressivas e distantes, numa actividade profissional em que a qualidade da relação é um factor fundamental. Quando abordados, os seus relatos demonstram sofrimento, desilusão, revolta e zanga. Os seus ideais enquanto profissionais estão esbatidos, condicionando a qualidade da prestação de serviços. Em qualquer profissão, o *stress* pode ter aspectos positivos que nos desafiam, permitindo-nos evoluir pessoal e profissionalmente, e aspectos negativos, que nos vão colocando obstáculos e deteriorando a nossa atitude perante o trabalho, ao longo do tempo. A forma como avaliamos os acontecimentos no trabalho e como lidamos com eles tem impacto a nível da nossa saúde física e mental.

De acordo com os resultados de múltiplos estudos na área da Segurança e Saúde no Trabalho, o *stress* profissional está fortemente associado ao absentismo ao trabalho, ao aumento dos acidentes, à diminuição da produtividade e à reduzida satisfação no trabalho, promovendo um estilo de vida que aumenta a vulnerabilidade à doença física e mental, com elevados custos pessoais e económicos para a sociedade. Múltiplos são os factores e fontes de *stress* profissional a que os indivíduos estão continuamente expostos. Factores relacionados com a organização e a cultura organizacional, aspectos específicos da actividade profissional, e factores relacionados com aspectos pessoais e inter-pessoais. Quando o *stress* profissional se torna crónico, pode contribuir entre outras consequências, para a instalação e ou desenvolvimento da síndrome de burnout e da depressão (Seabra, 2009).

A nível nacional, a globalização vai fragmentar e descentralizar as empresas, exigindo maior flexibilidade das organizações e das relações entre as mesmas. Estas mudanças no mercado de trabalho são o ponto de partida para alterações radicais no trabalho, pelo que para além dos riscos já considerados clássicos, vão aumentar consideravelmente o protagonismo dos factores psicossociais e do *stress* no trabalho. As pessoas têm de ser mais flexíveis face aos horários de trabalho e às exigências solicitadas pelas organizações, que são cada vez mais e maiores. A economia e os serviços funcionam 24 horas, elevando o trabalho por turnos, com aumento de

[✉] -Alexandra Paula Pereira de Carvalho Seabra, Rua Professor Doutor Egas Moniz, N. 336, Parede 2775-054, Email: alexandra.paula.seabra@gmail.com

exposição à violência e tornando o trabalho um local com menor interação social. Dá-se um aumento dos contratos temporários de trabalho, aumentando o desemprego quando se reestruturam as empresas. O trabalhador passa a ter menos autonomia e controlo sobre a sua actividade profissional, sendo exigidas mais aptidões, nomeadamente nas novas tecnologias de informação (Seabra, 2009). Todas estas alterações são novos factores psicossociais associados ao trabalho, que desencadeiam no trabalhador novas formas de *stress* relacionado com o trabalho (Artaz, 2002; Houtman & Jettinghoff, 2007; Mureau, 2002; W.H.O., 2004).

O *stress* no trabalho não tem necessariamente de ter efeitos negativos na saúde, podendo ser uma fonte de satisfação e realização pessoal, permitir a segurança financeira e uma boa saúde física e mental. No entanto, o *stress* relacionado com o trabalho pode também ter efeitos negativos na saúde física e mental do trabalhador e afectar as pessoas de diferentes maneiras, podendo ser causa de violência no trabalho ou de alteração do estilo de vida, com o aumento do consumo de álcool, tabaco e drogas ou mesmo o suicídio. Todas estas consequências têm um enorme impacto na economia global, na produtividade e absentismo das organizações e na saúde física e mental dos indivíduos e suas famílias (Quadro 1).

Reforçando a amplitude e impacto deste grave problema de saúde pública, a Agência Europeia de Segurança e Saúde do Trabalho (U.E.-O.S.H.A.), dedicou o ano de 2002 ao *stress* no trabalho com o slogan “Contra o Stresse no Trabalho, Trabalhe Contra o Stresse”, à qual aderiram todos os países da União Europeia, inclusive Portugal.

Quadro 1

Custos relacionados com o *stress* no trabalho

Economia Global

-No Reino Unido, 40 milhões em dias de trabalho são perdidos por ano, relacionados com o *stress* no trabalho (U.E.-O.S.H.A.).

-Em 2004, a U.E. gastou entre 3% a 4% do produto bruto, de cerca de 265 biliões anualmente, em *stress* no trabalho e problemas de saúde mental relacionados com o *stress* no trabalho.

-Em 2011, a OMS afirma a perda de produtividade, associada a problemas de saúde mental, corresponde a 3-4% do PIB da UE.

Na Organização

-20% da perda de produtividade.

-25% do absentismo de duas a mais semanas, deve-se ao *stress*.

-O absentismo dos trabalhadores relacionado com o *stress*, é em média 4 dias/ano e representa 600 milhões de euros perdidos por ano na U.E.

No Indivíduo

-2 em cada 5 trabalhadores portugueses consideram que a sua actividade profissional afectava ou podia afectar a sua saúde (Graça, *et al.*, 1999).

-1 em cada 4 trabalhadores europeus afirma estar em *stress* e 1 em cada 5 em burnout (Ramos, 2001)

-1/3 dos trabalhadores holandeses declarados inaptos para o trabalho foram diagnosticados com disfunções psicológicas .

-Segundo a U.E. (2000), 15% dos trabalhadores apresentam devido ao *stress* no trabalho, dores de cabeça, 23% fadiga e 8% dizem-se exaustos emocionalmente.

-Em 1998, 26,6% dos trabalhadores da U.E, apresentavam depressão, ansiedade, e problemas físicos relacionados com o *stress* no trabalho (2000).

Em 2012, a U.E. – OSHA dedicou o ano à avaliação dos factores de risco psicossociais no local de trabalho, reconhecendo que na Europa, a causa mais comum do *stress* relacionado com o trabalho é a insegurança no emprego ou a reorganização do trabalho (72 %), seguida da carga horária, ou volume de trabalho (66 %). É de notar que os profissionais de saúde são os que têm maior tendência para afirmar que os casos de *stress* no trabalho são comuns (61 %, incluindo 21 % que afirmam que os casos são «muito comuns»), assim como são os que tendem, comparativamente à média, a referir a carga horária/volume de trabalho (77 %) como a causa mais comum (AESST, 2013).

Smith (1992) realizou um estudo com 130 ocupações, revelando que 7 das 27 profissões consideradas de elevado *stress*, estavam relacionadas com os cuidados de saúde, por lhes ser inerente o contacto social e por assumirem a responsabilidade sobre pessoas e não sobre as coisas. Contudo, verifica-se que o *stress* emocional varia consoante as categorias profissionais, o tipo de actividade ou especialidade na área da saúde (Leal, 1998).

Neste trabalho, construímos um modelo compreensivo já adaptado a outras profissões (Seabra, 2009), tendo em conta algumas variáveis pertinentes do levantamento bibliográfico, com o objectivo de realizar o Rastreio em Saúde Mental dos Profissionais de Saúde do Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV).

Este modelo compreensivo e empírico, que pode ser observado na **Figura 1**, pretende verificar o estado de saúde mental dos profissionais de saúde do CHTV, com o intuito de delinear estratégias de prevenção e intervenção nesta área.

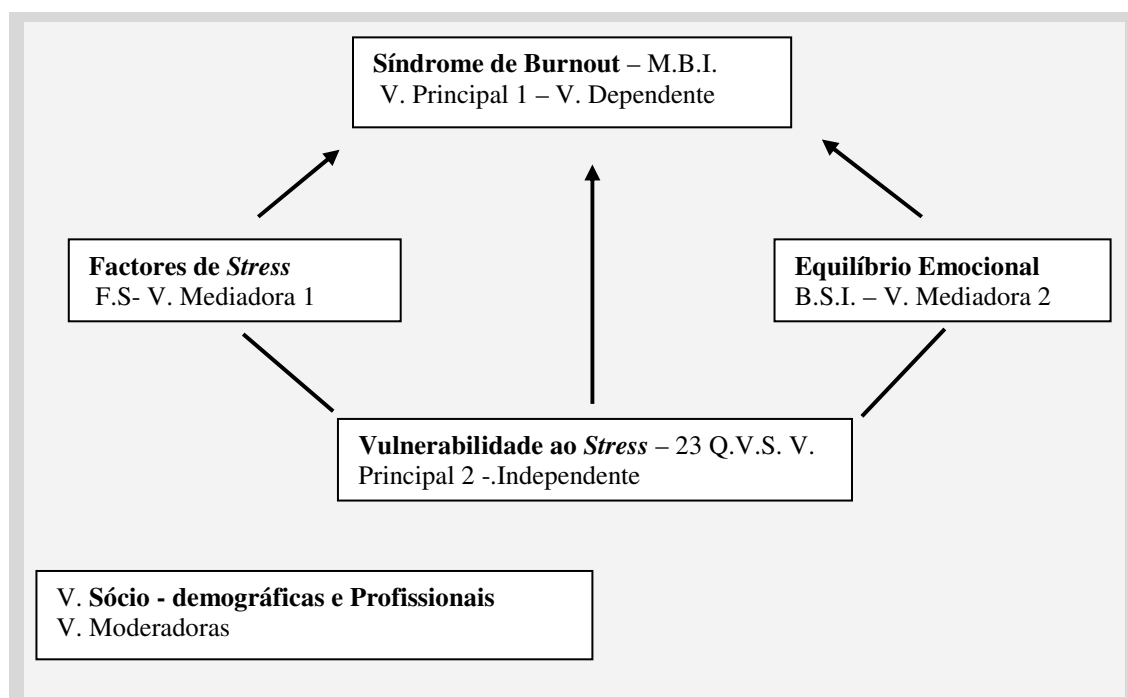


Figura 1- Modelo Compreensivo do estudo

O Rastreio em Saúde Mental obedece a um modelo holístico, que assume que da interacção entre diferentes variáveis e dimensões do *stress* crónico, se originam múltiplas experiências ao nível do trabalho e risco na saúde.

Concretamente, os objectivos deste estudo de rastreio foram:

1 - Verificar em que medida a vulnerabilidade ao *stress* se relaciona com o desenvolvimento do *stress* profissional crónico entre os diferentes profissionais de saúde e Serviços Clínicos;

2 - Estabelecer um modelo mediador da interacção entre a vulnerabilidade ao *stress* e o *stress* crónico. Neste modelo os factores de *stress* profissional e o equilíbrio emocional do profissional medeiam esta relação;

3 – Analisar se as variáveis sócio-demográficas e profissionais moderam o risco de *stress* crónico nos profissionais de saúde.

Importa salientar que este estudo teve por base uma avaliação dos Serviços Clínicos e categorias profissionais, a nível da saúde mental e não como objetivo uma investigação puramente científica.

MÉTODO

Participantes

Participaram 177 pessoas. A selecção dos Serviços para serem avaliados no Rastreio em Saúde Mental, teve como critério as avaliações prévias realizadas pelo Serviço de Saúde Ocupacional. O modelo e objectivos do Rastreio foram apresentados ao C.A. e Directores dos Serviços Clínicos, para que estes sensibilizassem os seus colaboradores na adesão ao projecto.

Após a construção do Protocolo de Avaliação e de acordo com o modelo de investigação, foram distribuídos 287 Protocolos que correspondiam ao total de profissionais dos Serviços de Imagiologia, Medicina Interna, Cirurgia e Urgência Geral. Foram devolvidos 177 Protocolos, denotando uma adesão significativa (61,67%) dos profissionais, que foi variável por Serviço Clínico e categoria profissional, conforme se pode verificar no Quadro 2.

Quadro 2

Principais factores de *stress* por Serviço

Amostra Total por Serviço Clínico e Categoria Profissional		
Serviço Clínico	Protocolos	
	Entregues <i>n</i>	Recolhidos <i>n</i> (%)
Medicina Interna	111	80 (72%)
Imagiologia	21	19 (90,4%)
Cirurgia Geral	83	32 (39%)
Urgência Geral	72	46 (63,8%)
Categoria Profissional	Protocolos	
	<i>n</i> (%)	
Médicos	19 (10,7%)	
Enfermagem	81 (45,8%)	
Assistentes Operacionais	54 (30,5%)	
Assistentes Técnicos	11 (6,2%)	
TDT	12 (6,8%)	

Podemos verificar que o Serviço Clínico com melhor adesão, foi a Imagiologia seguido da Medicina Interna, possivelmente devido ao número de colaboradores. Quanto à categoria profissional, a enfermagem apresentou maior adesão, seguida dos assistentes operacionais, o que reflecte a estrutura hospitalar a nível hierárquico e a formação base dos colaboradores. De salientar que também têm sido estas as categorias que se disponibilizam mais à formação e sensibilização em diferentes áreas da Saúde Mental.

Neste artigo, enquanto categoria profissional iremos abordar apenas os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, devido ao *n* apresentado pelas amostras. A caracterização da amostra total do Rastreio em Saúde Mental, apresenta as características observadas no Quadro 3.

Quadro 3

Caracterização da amostra total

Variáveis	Frequência (<i>n</i>)	Percentagem (%)
Género		
Feminino	146	82,5%
Masculino	31	17,5%
Estado Civil		
Solteiro	55	31,1%
Casado/U.facto	101	57,1%
Divorciado	15	8,5%
Viúvo	6	3,4%
Habilitações		
1º Ciclo	12	6,8%
2º Ciclo	10	5,6%
3º Ciclo	21	11,9%
Secundário	20	11,3%
Curso Superior	114	63,4%
Tipo de Vínculo		
Definitivo	81	46,3%
Contrato	94	53,7%

A amostra é maioritariamente feminina, casada ou em união de facto, apresentando uma média de idade de 38,10 anos (que oscila entre 22 e 66 anos). Quanto às variáveis sócio profissionais, realizam uma média de 36,14 horas semanais, sendo que no geral trabalham por turnos (81,4%) e uma percentagem significativa apresenta trabalho duplo (29,4%). A média de anos na profissão encontra-se nos 13, 66 anos, sendo que na Instituição é de cerca de 10,34 anos. Salienta-se ainda que 31,6% referem tomar medicação. Esta foi a amostra disponível na altura da avaliação, apresentando hoje características diferentes, por alterações estruturais a nível da Instituição.

Material

O Protocolo foi construído tendo em conta o modelo de avaliação previamente apresentado e os instrumentos validados e construídos para a população portuguesa.

O Protocolo de Avaliação do Rastreio foi constituído pelos seguintes instrumentos:

1- Questionário socio-demográfico e profissional – Construído para recolher as variáveis demográficas e profissionais que a revisão bibliográfica considera pertinente, de modo a permitir a caracterização das amostras e controlo de variáveis;

2- *Maslach Burnout Inventory* (MBI) – Construído por Maslach e Jackson (1996) e validado por Nunes (2003); avalia o Síndrome de *Burnout* especificamente em profissionais de saúde, na perspectiva multidimensional do conceito (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal);

3- Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* (23QVS) – Construído para a população portuguesa por Serra (2000); avalia a vulnerabilidade ao *stress* na sua relação com a saúde mental;

4- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) – Construído por Derogatis (1982) e validado por Canavarro para a população portuguesa em 1999; avalia sintomas

psicopatológicos de acordo com várias dimensões de sintomatologia psiquiátrica (somatização, obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, e psicotismo);

5- Fontes de *Stress* (FS) – Construído por McIntyre (1999); avalia as fontes de *stress* nos profissionais de saúde.

Salienta-se que no presente estudo, se verificou uma boa consistência interna de todos os instrumentos, avaliados através do alfa de *Cronbach* para todas as escalas e subescalas utilizadas (Quadro 4).

Quadro 4

Alfas de *Cronbach* dos Instrumentos de Avaliação utilizados

MBI		BSI	
Total	0,79	Total	0,97
Exaustão	0,91	Somatização	0,84
Despersonalização	0,69	Obsessivo-compulsivo	0,84
Realização pessoal	0,77	Depressão	0,87
		Ansiedade	0,77
		Hostilidade	0,83
		Ansiedade fóbica	0,77
		Psicotismo	0,78
23QVS			
Total	0,84		

Procedimento

Na sequência do Protocolo de Articulação entre o Serviço de Psicologia Clínica e o Serviço de Saúde Ocupacional do CHTV, existente desde 2008, surgiu o Projecto de Prevenção em Saúde Mental, aprovado em reunião do C.A. a 17 de Junho de 2009. Este Projecto pretendia efectuar um levantamento da saúde mental dos colaboradores da Instituição, seguindo um modelo holístico de investigação do *stress* profissional crónico, com o intuito de melhorar o bem-estar físico e psicológico no contexto da Saúde Ocupacional.

Num primeiro momento foi realizado o pedido de autorização aos autores dos instrumentos de avaliação seleccionados de acordo com o modelo teórico e a literatura existente, bem como às entidades responsáveis do CHTV (C.A. e Comissão de Ética) para a realização do estudo. Obtido o seu consentimento, procedeu-se à apresentação do Protocolo, com esclarecimento dos seus objectivos, questões éticas e instruções de resposta aos responsáveis dos diferentes Serviços Clínicos do CHTV, para sensibilizarem os profissionais na adesão ao Rastreio.

O Rastreio em Saúde Mental decorreu em duas fases: A primeira fase visou a implementação do Protocolo de Avaliação nos diversos Serviços do CHTV. Inicialmente avaliaram-se os Serviços de Medicina Interna e Imagiologia (entre os anos de 2010 e 2011) e posteriormente os Serviços de Cirurgia e Urgência Geral (durante o ano de 2012). Importa salientar que todos os Protocolos e os resultados obtidos foram sujeitos ao sigilo e à confidencialidade, pelo que cada Protocolo foi codificado, solicitando-se e reforçando-se a não identificação dos profissionais (por nome ou número mecanográfico). Os Protocolos respondidos eram colocados em envelope fechado, previamente fornecido e enviado para o Serviço de Psicologia Clínico e/ou Saúde Ocupacional.

Após a distribuição e recolha dos Protocolos, procedeu-se à construção e introdução dos resultados numa base de dados em SPSS, para se efectuar o tratamento estatístico e análise dos resultados obtidos. Esta fase contemplou ainda a apresentação dos resultados aos colaboradores da Instituição, por Serviço Clínico e categoria profissional,

sendo dado particular relevo à sensibilização e discussão de diferentes formas de prevenção e intervenção. Destaca-se ainda que para além do tratamento bruto de todos os Protocolos, foi realizada uma triagem dos Protocolos que apresentavam valores acima dos scores dos instrumentos utilizados e que poderiam indicar algum risco/perigo a nível do bem-estar do profissional.

A segunda fase da avaliação consiste na realização de entrevistas clínicas para sensibilização, avaliação clínica, disponibilidade de ajuda e/ou encaminhamento de situações clínicas de risco. Estas entrevistas são realizadas no espaço do Serviço de Saúde Ocupacional pelo Serviço de Psicologia Clínica tendo em conta os colaboradores triados, que apresentam valores clínicos de risco/perigo. De forma a manter a confidencialidade e para não expor nenhum profissional no Serviço onde executa as suas tarefas, foram seleccionados também colaboradores placebo e/ou que não responderam a alguns dos questionários. Nesta fase está a ser realizada também formação disponível a todos os profissionais no âmbito da gestão das emoções e da comunicação, bem como Cursos de Desenvolvimento Pessoal organizados para assistentes operacionais e enfermeiros de diferentes Serviços avaliados, num total de 24 horas, por curso, com sessões de follow-up.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados por Serviço Clínico e de acordo com as principais categorias profissionais (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais).

Quadro 5

Comparação dos resultados médios apresentados pelos serviços avaliados

	Cirurgia	Urgência	Medicina	Imagiologia
MBI				
Escala Total	2,69	2,66	2,84	2,73
Exaustão emocional	1,84	1,54	2,10	1,82
Despersonalização	0,78	1,20	1,12	1,00
Realização pessoal	4,84	4,84	4,74	4,95
QVS 23				
Escala Total	34,75	31,11	34,43	33,89
BSI				
Escala Total	0,65	0,48	0,68	0,75
Somatização	0,54	0,29	0,49	0,60
Obsessivo-Compulsivo	0,96	0,64	0,98	1,00
Depressão	0,77	0,53	0,74	0,75
Ansiedade	0,59	0,42	0,58	0,62
Hostilidade	0,49	0,41	0,62	0,62
Ansiedade Fóbica	0,29	0,14	0,31	0,32
Psicotismo	0,46	0,34	0,46	0,57

Resumidamente podemos observar as principais diferenças por serviço no quadro seguinte (Quadro 6).

Quadro 6
Principais diferenças por serviço

Cirurgia	Índice de Burnout total de risco > Índice de vulnerabilidade ao <i>stress</i> Sintomatologia Clínica (rigidez de funcionamento e depressão)
Urgência	Índice de Burnout total de risco > Índice de despersonalização Vulnerabilidade ao <i>stress</i> < Índices na escala total e subescalas da sintomatologia clínica
Medicina	Índice de Burnout total de risco ↑ Índice de Exaustão Emocional Vulnerabilidade ao <i>stress</i> Sintomatologia Clínica (rigidez de funcionamento, depressão e hostilidade)
Imagiologia	Índice de Burnout total de risco Vulnerabilidade ao <i>stress</i> > Indicadores de sintomatologia clínica (rigidez de funcionamento, depressão, ansiedade, hostilidade e somatização)

Podemos verificar que todos os serviços, apresentam dados relativamente homogéneos entre si, com índices de *burnout* de risco e vulnerabilidade ao *stress*. Em termos de sintomatologia, destaca-se o padrão de comportamento tipo A (rigidez, hostilidade, somatização), comum e significativo neste tipo de população. Note-se que perante situações de *stress*, os indivíduos que apresentam características de comportamento tipo A, apresentam cinco vezes mais probabilidade de desenvolverem doenças coronárias, que os indivíduos com características de comportamento tipo B (Sarafino, 1990; Bartlett, 1998; Ramos, 2001; Serra, 2000). Os indivíduos com este tipo de padrão tendem a exacerbar as experiências de *stress*, uma vez que já vivem “constantemente em *stress*”, não tolerando a frustração e a ameaça de perda de controlo, sendo mais reactivos psicológica e fisiologicamente, o que aumenta o desgaste e os torna mais vulneráveis.

Em estudos mais recentes, a investigação demonstrou, que dentro do padrão de comportamento tipo A, a dimensão que se encontra mais fortemente relacionada com as doenças coronárias é a hostilidade. A hostilidade refere-se a pessoas que apresentam um comportamento “uniformemente” hostil, não sendo uma situação episódica, mas sim uma maneira de ser habitual, o que as leva a um descontentamento e afastamento dos outros, com cinismo, expondo-se a maiores riscos de saúde.

A categoria profissional dos médicos é aquela que apresenta valores médios mais elevados, nomeadamente a nível do Síndrome de Burnout, enquanto conceito multidimensional (escala total, exaustão emocional, e despersonalização), compensado possivelmente com a realização profissional. Apresentam mais vulnerabilidade ao *stress*, face às outras categorias profissionais, o que os coloca mais em risco.

A nível dos estados emocionais, são também esta categoria profissional que apresenta médias superiores em termos de somatização (dificuldade na verbalização das emoções), rigidez de funcionamento (obsessivo-compulsivo), depressão, ansiedade e hostilidade, o que se encontra associado de novo ao padrão de comportamento tipo A. Todas as outras categorias profissionais encontram-se relativamente homogéneas.

Quadro 7

Resultados médios apresentados por categoria profissional

	Médicos	Enfermeiros	Assistentes Operacionais
MBI			
Escala Total	3,19	2,78	2,57
Exaustão emocional	2,75	1,96	1,48
Despersonalização	1,34	0,97	1,04
Realização pessoal	4,85	4,82	4,77
QVS 23			
Escala Total	36,47	32,05	35,09
BSI			
Escala Total	0,71	0,55	0,71
Somatização	0,44	0,29	0,67
Obsessivo-Compulsivo	1,02	0,87	0,88
Depressão	0,84	0,64	0,76
Ansiedade	0,82	0,46	0,60
Hostilidade	0,78	0,51	0,56
Ansiedade Fóbica	0,26	0,20	0,40
Psicotismo	0,45	0,40	0,46

Todos os resultados foram apresentados serviço a serviço, com discussão dos mesmos com os respectivos colaboradores, assim como foram apresentados Relatórios das avaliações realizadas aos Directores Clínicos, ao C.A., à Direcção Geral da Saúde (DGS) e à Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT).

Na segunda fase do Rastreio, foram realizadas 51 entrevistas em toda a população avaliada e 4 Cursos de Desenvolvimento Pessoal (dois para A.O. e dois para enfermeiros).

Quadro 8

Relação entre as diferentes variáveis do Modelo Compreensivo

	Despersonalização	Realização Pessoal	MBI Total	Vulnerabilidade	BSI Total
Exaustão emocional	0,48**	-0,26	0,87**	0,48**	0,52**
Despersonalização		-0,26**	0,62**	0,36**	0,25**
Realização Pessoal			0,14	-,038**	-0,30**
MBI Total				0,35**	0,38**
Vulnerabilidade					0,67**

** Correlações significativas para um $p < 0,01$

Podemos ainda verificar através do Quadro 8 que o modelo do Síndrome de Burnout, enquanto modelo holístico foi comprovado, tal como o modelo compreensivo e a relação entre as diferentes variáveis (correlação de *Pearson*). Em relação aos factores de *stress* por Serviço Clínico, apresentamos os mais significativos, no Quadro 9 e por categoria profissional na Quadro 10.

As condições de trabalho e os factores organizacionais são comuns a todos Serviços, nomeadamente os factores relacionados com a humanização. De salientar na Cirurgia Geral a especificidade relacionada com o estado clínico do doente e os conflitos entre exigências profissionais, familiares e sociais, o que se associa a características do pós operatório.

Quadro 9

Principais factores de *stress* por Serviço

Factores de <i>Stress</i>	Média	Desvio Padrão
Cirurgia		
1- Salário Baixo	3,25	1,27
2- Sobrecarga de trabalho	3,06	0,94
3- Desumanização do tratamento e atendimento	3,00	1,50
8- Estado clínico dos doentes	2,59	1,07
9- Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	2,47	1,39
Urgência		
1- Salário Baixo	3,24	1,58
2- Excessivo número de doentes por profissional	3,02	1,40
7- Demasiadas exigências do utente e/ou familiares	2,50	1,27
8- Riscos para a saúde (contágio, etc.)	2,48	1,36
9- Pouca informação dos utentes sobre os serviços	2,28	1,25
Medicina		
1- Elaboração de Horários	3,81	1,91
2- Desumanização do tratamento e atendimento	3,65	1,31
3- Excessivo número de doentes por profissional	3,50	1,05
4- Carência de recursos humanos materiais e técnicos	3,40	1,15
5- Sobrecarga de trabalho	3,32	1,05
6- Serviço nocturno	3,28	1,55
7- Más condições físicas e tecnológicas	3,07	1,24
8- Falta de privacidade	3,04	1,46
Imagiologia		
1- Serviço nocturno	3,68	2,02
2- Sobrecarga de trabalho	3,68	1,00
3- Carência de recursos humanos, materiais e técnicos	3,63	1,25
4- Salário Baixo	3,47	1,11
5- Desumanização do tratamento e atendimento	3,42	1,67
6- Más condições físicas e tecnológicas	3,37	1,57
7- Falta de oportunidades e promoção	3,37	1,06
8- Elaboração de horários	3,32	2,13
9- Falta de privacidade	3,26	1,88
10- Lidar com a morte	3,16	2,03
11- Falta de autonomia	3,05	1,71
12- Incerteza e limites do conhecimento médico	3,05	1,77

Na Urgência Geral o medo do contágio e pouca informação dos utentes sobre o Serviço, o que se associa ao desconhecimento clínico dos profissionais sobre o utentes e a ansiedade dos familiares face à situação e acesso á informação. Na Imagiologia, destaca-se a falta de autonomia e a incerteza face ao desconhecimento médico, tendo em

conta que se trata de um Serviço essencialmente constituído por TDT's e apenas uma médica radiologista.

Quadro 10

Factores de Stress por categoria profissional

Factores de Stress	Média	Desvio Padrão
Médicos		
1- Serviço Nocturno	3,68	1,668
2- Carência de recursos humanos, materiais e técnicos	3,68	1,416
3- Excessivo número de doentes por profissional	3,58	1,502
4- Sobrecarga de trabalho	3,47	1,541
5- Desumanização do tratamento e atendimento	3,32	1,493
6- Responsabilidade pelo doente e sua família	3,21	1,084
7- Estado clínico dos doentes	3,21	0,631
8- Conflito das exigências profissionais, familiares e sociais	3,21	1,584
9- Incapacidade de responder às exigências dos pacientes	3,11	1,370
Enfermeiros		
1- Excessivo número de doentes por profissional	3,36	0,953
2- Desumanização do tratamento e atendimento	3,33	1,332
3- Sobrecarga de trabalho	3,25	0,969
4- Carência de recursos humanos, materiais e técnicos	3,21	1,021
5- Salário Baixo	3,07	1,367
Assistentes Operacionais		
1 - Salário Baixo	3,45	1,679
2 - Desumanização do tratamento e atendimento	3,03	1,575

Os médicos voltam a ser os profissionais que apresentam mais factores de *stress* acima da média, nomeadamente associado a questões relacionadas com condições de trabalho, humanização e sentimento de incapacidade de resposta aos doentes e familiares.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no Rastreio em Saúde Mental do CHTV demonstram os elevados níveis de *stress* profissional e indicadores de risco/perigo para o desenvolvimento de diferentes consequências. No entanto, devemos salientar que não podem ser generalizados para Serviços Clínicos com características idênticas ou para as categorias profissionais avaliadas. Do mesmo modo, actualmente se a mesma população fosse de novo avaliada apresentaria necessariamente diferentes resultados, devido às alterações da rede hospitalar do Oeste (união do Centro Hospitalar de Torres Vedras com o Centro Hospitalar do Oeste Norte em Centro Hospitalar do Oeste) e às alterações estruturais relacionadas com factores macro sociais.

Contudo, os nossos resultados demonstram, de acordo com a literatura, que os profissionais de saúde são um “grupo de risco” a nível emocional e físico. Segundo Krakowski, (1986, cit. por Jiménez, 1999), o processo de *Burnout*, inicia-se ainda nos anos de formação académica, pois atende-se exclusivamente aos aspectos técnicos, ignorando-se a preparação e os requisitos emocionais.

A prevenção do *stress* profissional e do *Burnout* deveria ser iniciada a nível do Curriculum Universitário, pois é sentido que a formação/educação académica não corresponde nem é consistente com a experiência clínica. As expectativas idealistas do estudante e a “cultura” inerente à formação do futuro profissional não o preparam para a realidade clínica, a relação/comunicação com o doente, o sofrimento humano e tudo o que lhe está associado.

A prevenção e intervenção do *stress*, deveria surgir na Faculdade, onde o modelo Biomédico e o modelo Bio-Psico-Social, devem ser transmitidos paralelamente, para assim fornecer ao estudante a compreensão das forças sociais, estilos de vida e comportamentos desadaptados face à saúde e à doença, tornando-o mais sensível / tolerante a alguns aspectos psicossociais, que futuramente o virão atropelar junto com o doente e a doença física.

O trabalhar as expectativas irrealistas é a génese do trabalho sobre a insatisfação profissional. Ao longo da formação deveria se ensinar os estudantes a identificar, reconhecer e expressar as suas próprias dificuldades e necessidades, nomeadamente em relação aos seus objectivos relacionados com a carreira.

Ainda na Faculdade e tendo em conta a competição, mas também a camaradagem e a “cultura” estudantil, que envolve processos de comunicação e partilha de determinada “classe” profissional, deveriam fomentar-se grupos de ajuda, que facilitem o desenvolvimento de aptidões e de partilha, o lidar com factores de *stress* associados a cada categoria profissional e criar estruturas e experiências que mais tarde são essenciais, nomeadamente para trabalhar em equipa. De igual modo, deveriam ser organizados Serviços de Aconselhamento, que permitam a discussão de conflitos, partilha de emoções e sentimentos, e a criação de regras para fortalecer competências cruciais no futuro. Mas uma vez na actividade profissional, o profissional de saúde é empurrado para uma instituição, um serviço e uma equipa, onde a sua actividade / especialidade é realizada, muitas vezes sem condições, com excesso de trabalho e onde os canais de comunicação são por vezes a indiferença e o silêncio.

A prevenção do *stress* profissional e do *Burnout* é também responsabilidade dos Conselhos de Administração, Directores Clínicos da Instituição e claro dos próprios profissionais, pois o *stress* e os factores que o provocam são inerentes ao trabalho e à profissão. Assim, os administradores hospitalares devem incluir no espaço profissional algumas medidas como:

- Fornecer formação e treino nas áreas de prevenção e identificação do *stress* e *Burnout*, no contexto hospitalar.
- Reduzir situações stressantes, que podem promover o *Burnout*, como gestão, horários, rotatividade, etc.
- Disponibilizar e desenvolver sistemas de intervenção no *Burnout*.

Segundo a maioria dos estudos, as estratégias de prevenção / intervenção devem ter diferentes referenciais (Freedman & Philips, 1990):

- Modificar o grau do potencial stressor, reduzindo a sua intensidade e ou frequência.
- Ajudar os profissionais a modificar a apreciação das potenciais situações stressantes.
- Apoiar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas para enfrentar o *stress*.

Para isso, o ensino de técnicas centradas na resolução de problemas, a percepção positiva, a procura de suporte social, o ensino de técnicas de relaxação e as estratégias de auto controle, são algumas das técnicas que facilitam o profissional a utilizar as estratégias de *coping* directas e activas no confronto com o *stress*. Assim, existem um conjunto de estratégias, que fortalecem a capacidade de resistência a situações stressoras, e que uma vez implementadas são uma responsabilidade partilhada da equipa técnica e dos seus superiores na prevenção do *stress* e do *Burnout*.

Mas existem outras medidas a serem implementadas, tendo em conta alguns objectivos práticos:

- Tornar os profissionais de saúde familiarizados com os sinais e sintomas do *stress* profissional e do *Burnout*, de forma a identificar o que os afecta, antes de criar os seus efeitos.

- Ajudar os profissionais a criar expectativas realistas, identificar motivações, necessidades pessoais e estilos de *coping* e assistir a equipa a nível das suas necessidades.

- Assistir a equipa nos seus variados casos, de forma a evitar o envolvimento com a situação dos doentes, familiares ou outros doentes que directa ou indirectamente obtenham uso dos serviços.

- Implementar “time-out” com actividades relacionadas com o trabalho, mas fora do espaço físico clínico, como comissões de trabalho, oportunidades de formação, almoços de grupo, programas que possam ajudar a equipa a uma pausa do seu trabalho stressante e emocional.

- Responsabilizar e encorajar programas de saúde e de desporto para a equipa, sensibilizando-os para um estilo de vida saudável.

- Encorajar a equipa a participar em actividades exteriores, apelar à criatividade em facetas que divergem da actividade profissional.

Todas estas estratégias devem funcionar de forma integrada e fazendo parte do horário ou seu complementar e das actividades clínicas na instituição. Simultaneamente devem ser realizados grupos de suporte.

A recomendação para a existência de grupos de suporte em serviços clínicos são já um facto assumido, tendo esses grupos vários objectivos:

- Criar um espaço para ventilar, expressar e partilhar sentimentos, emoções, experiências, que normalmente são negadas ou reprimidas, nomeadamente no lidar com a morte e o morrer, a relação e envolvimento com os doentes, expressar medos, receios e fantasias de forma a funcionar como “escape” dos níveis de *stress* e de ansiedade.

- Tentar partilhar “estudos de caso”, onde o processo de decisão clínica, fonte de *stress*, é partilhado, as indecisões e limitações do conhecimento médico são expostas, associadas às questões éticas e pessoais associadas.

- Os grupos de suporte ajudam a equipa a lidar com as contra transferências que derivam do relacionamento com os doentes.

- Criar um espaço de humor, forte “arma” para enfrentar os problemas, nomeadamente associado a formas de catarse.

- Permitir um espaço de supervisão, actualização de conhecimentos, com discussão aberta sobre a sensação de isolamento clínico e partilha de conhecimento médico no contexto de compreensão de situações concretas e definidas.

Estes grupos devem ter um técnico da área de saúde mental, devem estar incorporados na rotina de trabalho semanal com horário regular e um tempo consistente (1 hora e meia/semana, no mínimo), sensibilizando os profissionais a participar e manejar as suas responsabilidades.

Sempre que necessário, a instituição deverá encaminhar ou facilitar o apoio individualizado aos profissionais de saúde, seja sob a forma de aconselhamento, intervenção na crise ou psicoterapia, que deverá constar dentro do programa da Saúde Ocupacional da Instituição.

Cabe aos serviços de Psicologia, detectar o desgaste profissional e a sua frequência, oferecer os seus conhecimentos na avaliação dos mecanismos psicológicos e na intervenção dos mesmos.

REFERÊNCIAS

- Agência Europeia para a Saúde e Segurança no Trabalho (2013). *Sondagem revela que a insegurança no emprego, ou reorganização do trabalho, é vista como a causa mais comum do stresse relacionado com o trabalho*. Bilbao. Comunicado de Imprensa, consultado em 2 de Dezembro em [http://www.act.gov.pt/\(pt-PT\)/Itens/Noticias/Documents/EU-OSHA_EU_poll_PR_PT.pdf](http://www.act.gov.pt/(pt-PT)/Itens/Noticias/Documents/EU-OSHA_EU_poll_PR_PT.pdf)
- Artazcoz, L. (2002). La salud laboral ante los retos de la nueva Economía. *Gaceta Sanitaria*, 16, 459-461. doi: 10.1016/S0213-9111(02)71964-X
- Bartlett, D. (1998). *Stress, Perspectives and Processes*. Health Psychology. Michigan: Open University Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In M. R. Simões; M. Gonçalves, L. S. Leandro (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 87-109). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses-APPORT.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. (1982). *The Brief Symptom Inventory (BSI). Administration & Procedures: Manual – I*. Baltimore, M.D.: Clinical Psychometric Research.
- Friedman, H., & DiMatteo, M. (1989). The Caregivers reactions to dying patients. In H. Friedman, & M. DiMatteo (Eds.), *Health Psychology* (pp.246-266). New Jersey: Prentice Hall.
- Graça, L., & Kompier, M. (1999). *Portugal: Prevention Occupational Stress. European Cases in the Workplace*. London.
- Houtman, I., & Jetinghoff, K. (2007). *Raising Awareness of Stress at Work in Developing Countries. A modern Hazard in a Traditional Working Environment. Advice to employed and Work Representations*. N.º 6 Protecting Worker Health Series. Geneve:Ed. By W.H.O.
- Jiménez, B.M., & Puente, C.P. (1999). *El estrés asistencial en los servicios de salud*. In M.A. Simón (Ed), *Manual de Psicología de la salud, Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 739-761). Biblioteca Nueva.
- Leal, M. (1998). *Stress e Burnout*. Porto: Medi Bial.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1997). Maslach Burnout Inventory. In C. Zalaquett & R. Wood (Eds), *Evaluating Stress. A Book of Resources* (pp.191-217). New York: Scarecrow Press.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3, 193-200.
- Mureau, A.M. (2002). Workplace Stress: A Collective Bargaining Issue. *International Metalworker's Federation*, 1-9.
- Nunes, R. (2003). *Estudo Transcultural del Síndrome de Burnout en Docentes Universitarios*. Departamento de Personalidad, Evaluacion Y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Sevilha: Faculdade de Psicologia.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio Prevenção do stresse no trabalho*. Lisboa: Ed. RH.
- Sarason, B., & Duck, S. (2000). *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology*. England: J. Wiley & Sons, Lda.
- Seabra, A. (1991). *Adaptação Psicológica ao Diagnóstico de Seropositividade para o VIH-Estudo Exploratório*. Monografia de Licenciatura apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa:ISPA.
- Seabra, A. (2009). *Síndrome de Burnout e Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional*. Dissertação de Doutoramento apresentada no Instituto Biomédico Abel Salazar, UP. Porto: IBAS.
- Serra, A.V. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21, 279-308.

- Serra, A.V. (2002). *O Stress na Vida de Todos Os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.
- World Health Organization (2004). *Mental Health and Working Life*. Acedido em 17 de Novembro 2004. EUR/04/5047810/B6 W.H.O.org.

ESTUDO FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL DA VIOLÊNCIA URBANA: TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO?

Ida Elizabeth Cardinalli[✉] 1 e Marlise Aparecida Bassani 2

1- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde - Curso de Psicologia – Departamento de Psicodinâmica - São Paulo – SP – Brasil; 2-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde - Curso de Psicologia e Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Departamento de Métodos e Técnicas - São Paulo – SP – Brasil

O objetivo deste artigo é discutir alguns tipos de violência urbana, suas decorrências na experiência humana, assim como sugerir proposições com caráter preventivo e terapêutico que considerem a especificidade do sofrimento advindo da violência com o intuito de favorecer a promoção de saúde da população que vive em contextos violentos. Destacamos também que a promoção de saúde dos que vivem situações de violência necessita ser pensada, considerando os contextos específicos em que elas ocorrem, assim como o trabalho preventivo precisa ser organizado de modo interdisciplinar para que dê resultados efetivos.

É importante observar que os tipos de eventos violentos e suas motivações não são os mesmos em diferentes contextos como países, cidades e os seus momentos históricos. Ou seja, na atualidade, podemos observar que a incidência e as formas de violência urbana diferem muito, por exemplo, entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Vemos ainda que a violência dos países africanos apresentam motivações diferentes das presentes nos países islâmicos. No Brasil, no momento atual, os sequestros relâmpagos e os de cativeiro tem o objetivo de extorquir dinheiro de suas vítimas e não têm um caráter político como já tiveram na época da ditadura de 1964.

Deste modo, em nosso estudo foram focalizadas três modalidades de violência urbana, como assalto e sequestro relâmpago ou de curta duração, que, na atualidade, são corriqueiras na vida de muitos brasileiros. Esta escolha, entre os diversos eventos de violência urbana, considerou o fato de que como estes crimes são muito frequentes no cotidiano da população de algumas cidades brasileiras, eles são muitas vezes banalizados e considerados “normais”. Neste sentido, eles não acarretam mais espanto em sua ocorrência, assim como as próprias vítimas, as pessoas do círculo de sua convivência e mesmo alguns profissionais da saúde não consideram que as pessoas que sofreram situações violentas possam sofrer em decorrência destes eventos, pois se supõe que as pessoas já estariam habituadas.

O fenômeno da violência é complexo e seu estudo é amplo, pois compreende a investigação de seus diversos ângulos: suas causas, o próprio comportamento violento e

[✉] Ida Elizabeth Cardinalli, Rua Paraguassu, 196 apto 61– CEP 05006-010- São Paulo– Brasil, Email: idaec@uol.com.br

também o impacto da violência em suas vítimas, que escolhemos estudar em nossa pesquisa.

A violência em si não é uma questão de saúde, mas transforma-se em problema, especialmente para a saúde pública, porque afeta a saúde física e mental de uma grande parte da população mundial, conforme explicita o documento *World report on violence and health* (2002) publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido como *Informe mundial de la violencia y la saude* (2002) pela Organização Pan-Americana da Saúde. No Brasil, também seguindo as recomendações da OMS para que cada país estude a problemática da violência e sua influência na saúde da população, a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde¹³ publica o livro *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*, em 2005.

No referido livro, Souza e Minayo (2005) mostram as dificuldades da conceituação da violência, destacando que uma das mais importantes é o fato de a violência ser um “fenômeno da ordem do vivido e cujas manifestações provocam ou são provocados por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia” (p. 14). Esclarece também que o documento brasileiro mantém a definição proposta pela OMS e, assim, a violência é entendida como:

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (Organização Mundial da Saúde, 2002, p. 5).

O fenômeno da violência, nestes documentos, é classificado a partir de suas manifestações empíricas, ou seja, as características do ato violento. Esta categorização distingue a violência que uma pessoa inflige a si mesma, a violência dirigida a um número pequeno de indivíduos (violência interpessoal) e a violência relacionada a grupos maiores (violência coletiva). Assim, nosso estudo priorizará eventos violentos caracterizados como violência interpessoal.

No território brasileiro, a violência apresenta altos índices e envolve grande impacto na saúde de suas vítimas, ressaltando-se, assim, a sua importância no quadro complexo dos problemas sociais. Segundo o documento da Secretaria de Vigilância em Saúde (2005), na realidade brasileira, os tipos de violência que apresentamos maiores índices nas regiões metropolitanas e nos grandes centros urbanos são relativos aos homicídios e acidentes de trânsito, sendo que o primeiro está relacionado ao narcotráfico e, assim, é designado como violência coletiva.

No entanto, o referido documento não apresenta informações específicas sobre os tipos de violência urbana, como assalto e sequestro, que escolhemos estudar. Deste modo, os dados sobre a incidência destes eventos violentos são divulgados pela Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, realizada pela Coordenadoria de Análise e Planejamento (CAP), que é responsável pela análise dos dados de interesse policial, e pela realização de estudos visando prevenir e reprimir a criminalidade. Para esclarecer a terminologia sobre a violência e a criminalidade utilizada pelo CAP foi necessário consultar o Código Penal Brasileiro, uma vez que as categorias encontradas foram roubo e extorsão mediante sequestro em relação às situações de violência que, no presente estudo, foram denominadas assalto e sequestro.

Segundo o Código Penal, o roubo distingue-se do furto, uma vez que nele a violência é praticada contra a pessoa, enquanto no furto qualificado ela é empregada contra a coisa. No roubo (Art. 157), a violência e a ameaça são cometidas contra a pessoa. Em 1996, foi incluído o item que especifica quando o agente mantém a vítima

2. Em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, o Centro Latino Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli/Claves/ENSP/Fiocruz.

em seu poder, restringindo sua liberdade para a subtração da coisa. (Lei nº 9.426). Assim, o roubo passa a indicar o crime que apresenta violência ou ameaça, com o objetivo de subtrair algo desta pessoa, mas que pode também incluir restrição de liberdade.

Em geral, o sequestro de pessoas é feito com o intuito de extorsão, ou seja, de coagir o sequestrado ou outras pessoas por meio de violência ou ameaça, e com o intuito de obter qualquer tipo de vantagem, seja dinheiro, bens materiais, ou mesmo utilizar o sequestrado como "moeda de troca" a fim de obter a libertação de indivíduos presos. No Código Penal, o sequestro é denominado de extorsão mediante sequestro (Art. 159. Lei nº 8.072, 25.7.90) para indicar o ato de sequestrar pessoas com o fim de obter, para si ou para outrem, qualquer vantagem, como condição ou preço do resgate. A partir de 2003, quando o sequestro perdura mais de 24 horas, há aumento da penalidade do infrator conforme a lei nº 10.741, procurando diferenciar a penalidade do crime de sequestro relâmpago ou de curta duração daquele que mantém o sequestrado em cativeiro durante dias ou meses.

Assim, o Código Penal não utiliza as expressões sequestro de cativeiro, relâmpago ou de curta duração conforme são utilizadas habitualmente para diferenciar as diversas modalidades de sequestro. No entanto, consideramos interessante manter, neste trabalho, estas distinções, pois elas ajudam a especificar as situações de violência urbana vividas pelas pessoas. Manteremos, portanto, a definição de Ferreira-Santos (2007) para "sequestro relâmpago", como o tipo de assalto à mão armada, na qual a vítima permanece em poder dos assaltantes por certo período. Em geral, durante este intervalo de tempo, são praticados furtos em caixa automática bancária. Neste trabalho, também será considerado o assalto ou roubo com e sem arma, mas sem restrição de liberdade e, finalmente, outro tipo de sequestro, que será denominado de "curta duração", pois a vítima fica em poder dos assaltantes por algumas horas até que o roubo seja efetivado.

As informações e dados sobre a violência mostram a importância do estudo da violência urbana em contextos específicos e em suas diversas vertentes, como, por exemplo, as causas do seu aumento na atualidade, proposições e projetos sociais para a contenção do seu aumento. Como a violência afeta a saúde da população, é necessário também realizar pesquisas sobre as consequências da violência urbana na existência humana e propostas de cuidados para suas vítimas. Nesse caso, os serviços de saúde precisaram também ser reorganizados, uma vez que as unidades de serviços, antes mais orientadas para as enfermidades de origem biomédica, hoje são convocadas para cuidar das vítimas não apenas de danos físicos, mas também emocionais.

O impacto da violência no comportamento humano é, em geral, na atualidade, descrito pelos critérios diagnósticos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) e na Classificação Internacional das Doenças (CID-10). Segundo o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), a característica principal do Transtorno de Estresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um extremo evento traumático, que pode referir-se, tanto às experiências próprias e diretas, quanto ao fato de ter presenciado um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física ou de outra pessoa; ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentado por um membro da família ou uma pessoa próxima do indivíduo.

A resposta ao evento envolve muito medo, impotência ou horror. Os sintomas decorrentes da exposição ao evento traumático incluem re-vivência, esquiva de situações relacionadas com o evento, embotamento da responsividade geral e sintomas

de excitação aumentada. O quadro sintomático completo deve estar presente por mais de um mês e a perturbação deve causar sofrimento ou prejuízo significativo na área social, ocupacional ou outras importantes na vida do indivíduo.

Kristensen, Parente e Kaszniak, (2005) esclarecem que houve uma modificação na definição do trauma na revisão do DSM-III para a elaboração do DSM-IV em 1994, uma vez que, no primeiro, o trauma é entendido como experiência fora da normalidade e excepcional enquanto, no segundo, os eventos desencadeantes podem ser eventos habituais na vida cotidiana. Destacam também que no DSM-IV foi incluída outra categoria diagnóstica, o Transtorno de estresse agudo (TEA), para contemplar as reações que ocorrem logo após o evento traumático, isto é, quando os sintomas aparecem em até quatro semanas e a duração destes ocorre entre dois dias a quatro semanas. Os critérios diagnósticos do TEA se diferenciam do TEPT, além do aspecto temporal do aparecimento e da duração dos sintomas, também por priorizar os sintomas dissociativos¹⁴.

Em relação à Classificação Internacional da Doença, CID-10, o paciente pode ser diagnosticado com TEPT quando foi exposto a um evento ou situação estressante de natureza ameaçadora ou catastrófica. Há rememoração ou revivência do estressor em *flashbacks*, memórias vividas, sonhos recorrentes ou sentimento de angústia em circunstâncias semelhantes ao estressor que a pessoa quer evitar. Há dificuldade em lembrar-se de alguns aspectos importantes do período de exposição ao estressor e presença de sintomas como dificuldades em relação ao sono, irritabilidade, dificuldade de concentração, hipervigilância e resposta de susto exagerada.

Pode-se verificar que, grosso modo, os critérios diagnósticos descritos no CID- 10 e no DSM-IV são semelhantes, com exceção da inclusão de sintomas dissociativos que no DSM-IV especificam o TEA, enquanto no CID-10 estão incluídos no TEPT. É interessante destacar também que o evento desencadeador, do TEPT e do TEA, não é nomeado do mesmo modo em cada um destes trabalhos, pois este evento é chamado de traumático e estressante traumático no DSM-IV e de estressante na CID-10. O critério de escolha de cada termo, ou sua definição, não é esclarecido, pois é priorizada a apresentação de índices classificatórios bem estabelecidos para o diagnóstico dos transtornos. Ao mesmo tempo, a Psicologia e a Psicopatologia apresentam conceituações específicas para cada um destes fenômenos, trauma e estresse, e mostram várias noções sobre a experiência traumática e estressante de acordo com as várias abordagens teóricas. Como estas noções não são consideradas nestes manuais classificatórios, os fenômenos, intitulados como trauma e estresse, são veiculados e utilizados, muitas vezes, de maneira indistinta. Este exemplo ilustra como os estudos que se baseiam apenas nestes manuais não são convocados para o esclarecimento e a discussão das diversas concepções de sintoma, trauma ou estresse decorrente dos eventos violentos e, em especial, prescinde da compreensão da experiência do sofrimento decorrente de eventos violentos.

No levantamento de estudos específicos sobre os efeitos do assalto e sequestro no adoecimento, observamos que há o predomínio do modelo médico no estudo do fenômeno da violência, priorizando a investigação da relação dos diversos eventos violentos com os critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM e CID. Inicialmente, ficamos surpresos também com a escassez de publicações que tratasse da consequência deste tipo de violência na saúde e no adoecimento. Encontramos exatamente sete

¹⁴ No DSM-IV, os seguintes sintomas dissociativos são descritos em relação ao TEA: sentimento de anestesia, distanciamento ou ausência de resposta emocional; redução da consciência em relação às coisas ao redor; desrealização; despersonalização e amnésia dissociativa, isto é, incapacidade de recordar um aspecto importante do trauma.

pesquisas, sendo que a maioria tem entre seus objetivos verificar a relação destes eventos com o desenvolvimento de TEPT. Nesta perspectiva Vieira Neto (2004); Carbonell e Carvajal (2004); Ferreira-Santos (2006) e Richards (2000) mostram que as vítimas de violência como assalto e sequestro apresentam sintomas compatíveis com TEPT como ideias intrusivas, medo, ansiedade, isolamento, irritação, evitação de pessoas e lugares que lembrem o evento de violência, prejuízo na vida social e ocupacional. Carbonell e Carvajal (2004) acrescentam ainda insônia, pesadelos, hipervigilância e sentimentos bloqueados.

O estudo de Ferreira-Santos (2006) revelou também que não houve diferença significativa no desenvolvimento de sintomas de TEPT entre as vítimas de sequestro com cativo e relâmpago e, também, que não houve variação significativa na magnitude do TEPT entre homens e mulheres. O resultado, que as vítimas de sequestro relâmpago também apresentaram sofrimento significativo é interessante para a nossa pesquisa, uma vez que selecionamos, além de vítimas de roubo, apenas as de sequestro relâmpago e de curta duração para a nossa pesquisa.

Considerando uma pesquisa que é focada na percepção de controle e o desenvolvimento de sintomas de TEPT (Kushner et al. 1992) e uma outra (Mauro, 2007), que fala sobre o sentimento de vulnerabilidade, dois pontos merecem ser destacados: um, na primeira pesquisa citada, sugere a hipótese que o indivíduo que percebe o mundo como totalmente controlável pode vivenciar uma queda abrupta patológica na percepção da falta de controle, pois o mito da invulnerabilidade é destruído. A segunda sugere que poder aceitar a vulnerabilidade favorece o manejo das ameaças e a readaptação familiar. Neste sentido, podemos supor que a aceitação da própria vulnerabilidade não só favorece a superação da vivência da violência como também pode proteger o indivíduo de adoecer após a violência.

Navia (2008), em sua pesquisa sobre as estratégias de enfrentamento da situação traumática dos familiares de pessoas sequestradas, salienta que a concepção de um futuro positivo, a busca de informações e enfrentamento positivo favorecem a readaptação da família e a superação de traumas. Mauro (2007) destaca ainda a necessidade dos membros das famílias expressarem seus sentimentos de dor, raiva, culpa e medo para a superação da vivência traumática. Deste modo, vemos a importância do trabalho psicológico que favoreça a expressão dos sentimentos das vítimas de violência para a superação da experiência traumática. Richards (2000) e Mauro (2007) mostram também que o processo de psicoterapia breve é eficaz para a superação dos sintomas descritos como TEPT em vítimas de assalto com arma na primeira pesquisa e sequestro na segunda.

Portanto, a pesquisa bibliográfica mostrou que a violência urbana é preocupante porque traz consequências sérias para a saúde da população em geral, tanto que os organismos internacionais e nacionais têm recomendado estudos sobre sua incidência, suas consequências e formas de tratamento adequadas, uma vez que este problema é grave para a saúde pública na atualidade. Destacamos também que, apesar da violência urbana ser uma questão importante na atualidade, estudos específicos sobre as consequências da violência urbana, como assalto e sequestro, assim como proposições de intervenção psicológicas são poucos e, assim, organizamos a nossa pesquisa tendo em vista compreender o sentido e os significados da experiência das vítimas de violência urbana.

O objetivo do estudo é esclarecer o sentido e os significados da experiência de quem sofreu violência urbana como assalto e/ou sequestro de curta duração.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual a metodologia da pesquisa, inclusive da psicoterapia breve foi pensada segundo a explicitação fenomenológico-existencial de Martin Heidegger [1927] (1988 e 1989). A escolha da explicitação heideggeriana da existência humana como ser-aí, ser-no-mundo e a sua temporalidade considerou que ela permitiria o esclarecimento da experiência da vítima de violência situada em seus contextos e em sua totalidade. Assim, a pesquisa focalizou a compreensão da experiência da vítima de violência, visando explicitar e compreender os significados e o sentido da experiência dos participantes em sua totalidade.

Participantes

Inicialmente, três participantes, dois homens e uma mulher, casados, entre 48 a 53 anos, aceitaram participar da pesquisa, mas efetivamente apenas um deu continuidade até o final do processo de psicoterapia breve. É importante destacar que os pacientes que apresentavam sofrimento em função de outras formas de violência também foram encaminhados para psicoterapia com os estagiários do Aprimoramento Clínico-Institucional “*Atendimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e outras modalidades patológicas complexas na abordagem fenomenológico-existencial*” A pesquisa foi realizada na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, na qual foi organizado um serviço de atendimento às vítimas de violência entre 2008 e 2010, que acolheu pacientes em crise em função de diversas formas de violência.

Procedimento

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo segundo o protocolo número 018/2008, as pessoas que procuraram a Clínica e apresentavam sofrimento por terem sofrido assalto, sequestro relâmpago e de curta duração, foram convidadas a participar da psicoterapia breve e da pesquisa. ” proposto na mesma clínica sob a responsabilidade da pesquisadora. As entrevistas iniciais foram registradas e, após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as sessões de psicoterapia breve foram gravadas e, posteriormente, transcritas. As entrevistas iniciais dos três participantes, duas sessões de psicoterapia de dois participantes e 23 sessões além da sessão de follow up do participante que deu continuidade à psicoterapia breve forneceram o material para a análise qualitativa dos dados. É importante destacar que na pesquisa optou-se pela psicoterapia breve e não apenas as entrevistas dos participantes porque foi considerado que a psicoterapia ofereceria mais elementos para a análise e que também seria uma oportunidade para que o participante elaborasse suas questões no decorrer do trabalho.

RESULTADOS

No primeiro momento da análise, as gravações foram ouvidas e as transcrições foram lidas várias vezes para que a pesquisadora estabelecesse uma primeira aproximação com o material. Na análise dos resultados das sessões foram destacados dois eixos de análise: os agrupamentos temáticos, que reúnem os temas mais relevantes e, um segundo eixo, a experiência temporal, que possibilitou diferenciar a experiência do participante durante e após o evento violento, e também como esta experiência se apresentou em cada momento do processo psicoterápico.

A partir do levantamento dos eixos de análise, foi feita uma nova leitura do material coletado, utilizando o referencial heideggeriano para elaborar a discussão com o intuito de aprofundar a compreensão da experiência do participante. Os resultados das

entrevistas e sessões dos dois participantes que não continuaram a psicoterapia foram incorporados na discussão, pois permitiram ampliar a compreensão do sofrimento decorrente da situação de violência.

DISCUSSÃO

Verificamos que os participantes, no primeiro momento, mostravam sofrimento significativo, pois estavam aprisionados no sentido de risco, perigo e ameaça. O evento violento os aproximou de modo abrupto de sua finitude e da possibilidade de morrer, vivenciando, assim, constantemente medos, angústia, sensação de desamparo, insegurança e vulnerabilidade. Ocorreu a ruptura do sentido de suas vidas e da familiaridade cotidiana que imaginavam que seria protegida e sem percalços.

Eles evitavam viver a angústia, procurando se distanciarem da imprevisibilidade, vulnerabilidade e precariedade inerentes à existência humana e, deste modo, ficaram aprisionados na tentativa de mantê-la distante. Eles estavam presos no “acontecido”, uma vez que seus sentimentos e sensações estavam referidos ao que foi experienciado na situação do assalto/sequestro, mostrando que o futuro estava fechado, pois eles só conseguiam vislumbrar que, no futuro, sua vida voltasse a ser como antes.

A compreensão heideggeriana do existir humano possibilitou perceber que o impacto da violência pode abalar a compreensão de si mesmo, do outro e do mundo. As vítimas tinham uma sensação de estranheza em relação a elas mesmas e o mundo em que viviam, pois não conseguiam se reconhecer quando percebiam que sentiam e agiam de modo diferente. Elas não encontravam mais o mundo seguro e conhecido em que viviam anteriormente ao se aproximarem das dimensões de imprevisibilidade, precariedade e vulnerabilidade que são desdobramentos da angustia fundamental abertas pela situação de violência.

Inicialmente, quando as vítimas de violência procuraram ajuda psicológica, elas mostraram que a sua vontade era de esquecer e de se afastar o mais rapidamente do que foi vivido, e de não querer entrar em contato com o sofrimento para não "sofrer novamente". Esta constatação nos permitiu destacar algumas considerações e também sugerir proposições para o atendimento de vítimas de violência. Deste modo, os resultados da pesquisa permitiram além de apresentar uma nova compreensão da experiência decorrente do impacto da violência urbana também elaborar proposições de intervenções às vítimas de violência.

Observamos que a psicoterapia e intervenções breves se mostraram um instrumento efetivo para a superação do sofrimento decorrente de violência, no entanto, inicialmente foi necessário ajudar os pacientes a se aproximarem de seus sentimentos, de suas reações e de seu sofrimento. No decorrer do processo terapêutico, conforme o participante pode aceitar e compreender como foi afetado pela violência paulatinamente deu início à superação do sofrimento.

No desenvolvimento de nosso estudo, ao observar a dificuldade da vítima de violência urbana em procurar ajuda ou aderir à psicoterapia que requeiram a disponibilidade para a aproximação do seu sofrimento, foi constatado que seria preciso pensar um trabalho que sensibilizasse os diversos trabalhadores da saúde a perceber que a violência urbana, apesar de ser corriqueira, traz sofrimento às suas vítimas.

Salientamos que o ponto central de nossa proposta é a sensibilização dos profissionais de saúde para o reconhecimento do sofrimento das vítimas de violência no sentido de considerá-lo seriamente, tendo o cuidado de não banalizá-lo ou transformá-lo em apenas sintomas patológicos. Neste sentido, tendo em vista o âmbito de nosso estudo, sugerimos proposições voltadas aos profissionais da saúde que desenvolvam um

tipo de cuidado com as pessoas que sofreram violência, visando acolher o sofrimento da vítima e, assim, contribuir para a diminuição de seu sofrimento e evitar que este se torne um problema mais grave e crônico.

Em relação ao Serviço Público de Saúde, seria importante sensibilizar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das equipes do Programa de Saúde da Família para observar como as vítimas e suas famílias reagem às diferentes situações de violência e esclarecer a importância de compartilhar o sofrimento para sua superação. Indicamos a formação de grupos de acolhimento abertos, a fim de que as pessoas participem conforme sua necessidade e disponibilidade e que os possíveis encaminhamentos de vítimas que necessitem atendimento psicológico ocorram com estes cuidados.

Em relação ao serviço de saúde em geral, seria interessante também sensibilizar os profissionais de saúde na identificação do sofrimento das vítimas de violência e esclarecê-los da importância do compartilhamento do sofrimento e da indicação de ajuda psicológica, quando necessário. Inicialmente, esta capacitação poderia ocorrer nas clínicas escolas de Psicologia e nos ambulatórios dos hospitais gerais; pois, assim, é possível desenvolver um trabalho multiplicador. Destacamos, portanto, que as proposições preventivas para a promoção de saúde com as vítimas de violência urbana precisam ser organizados de modo interdisciplinar, uma vez que o sofrimento decorrente da experiência de violência pode se apresentar, em um primeiro momento, para diversos profissionais da saúde como agentes comunitários, enfermeiros, médicos e não necessariamente para os psicólogos.

Finalmente, salientamos ainda que as consequências da violência são graves e afetam a saúde individual e coletiva, exigindo a formulação de políticas específicas e organização de serviços específicos para a prevenção e o tratamento de suas vítimas, isto é, de práticas de intervenção multidisciplinar, que não estejam restritas ao modelo médico, no sentido da identificação e da eliminação dos sintomas.

Agradecimentos

À PUC/SP pelo apoio para a realização deste trabalho com a concessão de Bolsa Dissídio e Bolsa Capacitação Docente.

REFERÊNCIAS

- Andreoli, S.B., Ribeiro, W.S., Quintana, M.I., Guindalini, C., Breen, G., Blay, S.L., ...Mari, Jde J. (2009). Violence and post-traumatic stress disorder in São Paulo and Rio de Janeiro. Brazil: The Protocol for an epidemiological and genetic survey. *BMC: Psychiatry*, 9, 34. doi: 10.1186/1471-244X/9/34.
- Carbonell, C.G., & Carvajal, C. (2004). El transtorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Médica de Chile*, 132, 839-844.
- Cardinalli, I.E. (2011). *Transtorno de estresse pós-traumático: Um estudo fenomenológico-existencial da violência urbana*. 145 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Heidegger, M. (1927/1988). *Ser e tempo*. Vol 1. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Heidegger, M. (1927/1989). *Ser e tempo*. Vol 2. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Kristensen, C. H., Parente, M. A., & Kaszniak, A. W. (2005). Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Critérios diagnósticos, prevalência e avaliação. In R. M. Caminha (Org.). *Transtornos do Estresse Pós-Traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva* (pp.15-35). São Paulo: Casa do Psicólogo. (2005)

- Kushner, M. G., Kushner, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B., & Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110. doi:org/10.1016/0005-7967(93)90048-Y
- Mauro, M. R. (2007). *O fim do silêncio: As dinâmicas e a reconstrução das famílias com vítimas de sequestro*. 139 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Minayo, M. C. S. (2005). Violência: Um problema de saúde para os brasileiros. In E.R. Souza, & M.C.S. Minayo (Org.), *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. (Série B. pp.9-42). Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Souza, E.R., & Minayo, M. (Org.), (2005). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Secretaria de Vigilância em Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.
- Navia, C. E. (2008). Afrontamiento familiar em situaciones extorsivo económico de cativoiro. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 40, 59-72.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Prevención de la violencia: Guia para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud*/ Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneve: Office of Publications, World Health Organization.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2002). *Informe mundial de la violencia y la salud: resumen*. Washington D.C.: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Richards, D. (2000). Brief report: Symptom severity, personal and social variables after armed robbery. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 415-419. doi: 10.1348/014466500163419
- Vieira-Neto, O., (2004). *Transtorno de estresse pós-traumático em bancários vítimas de assalto ou sequestro*. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo.
- Vieira-Neto O., & Vieira, C. S. (2005). *Transtorno de estresse pós-traumático: Uma neurose de guerra em tempo de paz*. São Paulo: Vetor.

A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA NO OLHAR DO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO

Luisa de Marillac Soares[✉] 1 e Fernanda Tássia Alves 2

1- Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Educação do Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, Paraíba, Brasil; 2 - Universidade de Granada, Espanha.

No Brasil diante de leis que regulamentam a Educação Infantil como direito da criança e que definem as políticas públicas para a infância, a formação do professor e a prática pedagógica, primam-se pela atuação de professores com formação específica e capacitados para atender a criança pequena, o que para nós seria o Pedagogo, embora a Lei de Diretrizes e Bases - LDB (Lei nº 9.394/96, Seção II, Título VI, Dos Profissionais da Educação, Art. 62) determina que a formação de docentes para atuar na Educação Infantil, extensiva as quatro primeiras séries do ensino fundamental, a exigência é o nível médio na modalidade Normal.

Para Angotti (2008), os profissionais da Educação Infantil precisam transcender as práticas de cuidado como mero assistencialismo e enxergar a criança em sua complexidade e singularidade, devendo compreendê-la de modo integral, e promover situações em que razão e emoção sejam associadas ao complexo de atividades pedagógicas. Além disso, precisam reconhecê-la e respeitá-la em suas sucessivas etapas do desenvolvimento bio-psico-socioafetivo. Em Granada-ES não é tão diferente, a formação dos profissionais especializados na Educação Infantil está diferenciada em dois níveis: técnico - o profissional se capacita para trabalhar em creches que atendem somente ao primeiro ciclo (0 a 3 anos), e superior - atua nos dois ciclos em creches e escolas municipais.

Diante destas assertivas e como professora do componente Psicologia da Educação na formação de Professores (1) e estudante de Educação Infantil (2) nos questionamos como a psicologia contribui com estes profissionais para atender (cuidar/educar) crianças de 0 a 3 anos nas creches públicas, em seu desenvolvimento integral visando à saúde da criança. Visto que como prescreve a Constituição Federal Brasileira (CFB – promulgada em outubro de 1988, art. 227/ Emenda constitucional nº 65 de 2010), cujo marco é fundamental na valorização da criança, lhe concebe uma série de direitos: 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.

O objetivo foi conhecer como a Psicologia contribui na formação destes profissionais para atender (cuidar/educar) crianças de 0-3 anos nas creches públicas em

[✉] Luisa de Marillac Ramos Soares, Rua Elísio Nepomuceno, 77, Bodocongó, Campina Grande – Paraíba – Brasil. CEP. 58.430-115, Email: luisademarillac@yahoo.com.br

Cajazeiras-BR e em Granada-ES, em seu desenvolvimento integral visando à saúde da criança. O método constitui, na primeira etapa, de análise documental de currículos dos cursos de Pedagogia-BR e Educação Infantil-ES, e na segunda etapa, de uma entrevista semiestruturada com as professoras e demais profissionais das creches públicas. A entrevista será composta por questões alusivas ao conhecimento destas sobre o desenvolvimento da criança e possíveis intervenções/mediações em prol da saúde integral.

Apoiamo-nos na abordagem walloniana para quem, no que se refere ao desenvolvimento do ser humano, não há uma separação entre indivíduo e meio ambiente, ou seja, “não há oposição entre o desenvolvimento psicobiológico e as condições sociais que o justificam e motivam” (Fonseca, 2008, p. 15). Wallon, de acordo com o autor supracitado, procurou estudar o desenvolvimento infantil por meio das relações estabelecidas entre ela e o meio ambiente, reconhecendo-a na sua singularidade, complexidade, na pessoa em sua totalidade e nas relações com o outro. Desta forma é que nos preocupamos com a formação do professor que trabalhará com crianças e sua compreensão dela como um ser integral.

Como um ser integral, na perspectiva da psicogenética walloniana, existem campos funcionais que incorporam a diversidade das funções psíquicas: a afetividade, o ato motor, a inteligência, e a pessoa. Este último integra os demais campos. No desenvolvimento da criança estes aparecem diferenciados no início de sua vida e aos poucos vão se tornando independente um do outro. Fonseca (2008), afirma que a motricidade ocupa um lugar de destaque para Wallon, visto que desde o útero esta é uma das mais ricas formas de comunicação da vida psíquica ao mundo externo.

Faz-se necessário o estudo do desenvolvimento infantil adotando a própria criança como centro, compreendendo-a nas suas diversas manifestações e possibilidades, sem a intervenção da censura do adulto, pois a ausência de julgamento nos ajuda a exergar melhor a realidade. Para isto, ou seja, para ter acesso à criança Wallon sugere a *observação* como procedimento metodológico e instrumento distinto da psicologia genética. Desta forma, ter-se-á acesso à atividade da criança em seus diferentes contextos “[...] só podemos entender as atitudes da criança se entendemos a trama do ambiente no qual está inserida” (Galvão, 2000, p. 37). Tal procedimento não seria para comparar entre as crianças ditas “normais” das “anormais” e atribuir um diagnóstico diferenciado, que como nós sabemos, tais diagnóstico ao invés de compreender e atender a criança em sua diversidade e singularidade, promove a segregação social e educacional.

Para Wallon, comparar não é assimilar, ver apenas as semelhanças. A comparação visa tanto às semelhanças como às diferenças, cujas condições é preciso identificar cuidadosamente. O conhecimento busca simultaneamente o *mesmo* e o *diferente*. O contraste é um dos recursos mais surpreendentes pelos quais se opera a diferenciação (Mahoney, 2006, p. 11).

Assim, o profissional da Educação Infantil que conhece o desenvolvimento da criança terá condições de no processo de acolhimento educacional, observar a criança em sua singularidade e complexidade para poder atendê-la em suas necessidades. Na perspectiva walloniana os fatores orgânicos e sociais constituem as condições que refletem as atividades de cada estágio. Dependendo da cultura que a criança está inserida e de acordo com a época em que vive é que se desenvolverá as características de cada estágio.

Wallon desenvolveu uma sequência de estágios, mas adverte que estas devem obedecer a cultura, a época e o meio orgânico e social em que está a criança. São eles: *Impulsivo Emocional* (0 a 1 ano); *Sensório-motor e Projetivo* (1 a 3 anos);

Personalismo (3 a 6 anos); *Categorial* (6 a 11 anos) e *Puberdade e Adolescência* (11 anos em diante). Corroborando com Almeida & Mahoney (2011), Fonseca (2008), Mahoney e Almeida (2006) e Galvão (2000), nos deteremos nos dois primeiros estágios, foco do nosso interesse, neste momento.

Estágio Impulsivo Emocional.

Na fase *impulsiva* (0 a 3 meses) as atividades mais dominantes dizem respeito à exploração do próprio corpo e às sensibilidades corporais: internas ou externas ao indivíduo. Nesta fase a atividade da criança ainda não é estruturada, é global, seus movimentos são bruscos, desordenados, ora enrijecendo ou relaxando a tensão muscular. Assim, seus movimentos serão selecionados de acordo com a aproximação e manutenção do outro ao seu lado, para atender suas necessidades, refletindo daí os estados de bem e mal-estar. Na fase *emocional* (3 a 12 meses), a criança já permite que o outro reconheça seus estados emocionais, assim, através da comunicação corporal já é possível reconhecer as demonstrações de medo, alegria, raiva, etc.

Estágio Sensório-Motor e Projetivo (1 a 3 anos).

A criança já consegue explorar o ambiente e manipular os diversos objetos e estímulos disponíveis, começa a discriminar, separar e classificar os objetos, utiliza a fala seguida de gestos e posturas corporais. São frequentes: tocar, segurar, apontar, sentar, andar, etc. “[...] essa atividade motora exuberante do sensório-motor e projetivo prepara não só o afetivo, mas também o cognitivo que vai instrumentalizar a criança para o próximo estágio” (Mahoney & Almeida, 2006, p. 13). Ainda de acordo com as citadas autoras,

[...] Qualquer atividade motora tem ressonâncias afetivas e cognitivas; toda disposição afetiva tem ressonâncias motoras e cognitivas; toda operação mental tem ressonâncias afetivas e motoras. E todas elas têm um impacto no quarto conjunto: *a pessoa*, que, ao mesmo tempo em que garante essa integração, é resultado dela (Mahoney & Almeida, 2006, p. 15).

Como é possível perceber, é através do corpo e de suas ações motoras que a criança se relaciona e co-relaciona com o meio e, conseqüentemente, com o outro e posteriormente com os objetos, de onde se edificará o psiquismo. Para Fonseca (2008, p. 15) “[...] esta é a primeira forma de expressão emocional do comportamento”. Fonseca (2008) afirma que como Wallon é um dos primeiros autores no domínio da psicologia a interessar-se pelas relações entre a organização neurológica e a organização da motricidade, e, em particular, pela gênese das suas interrelações e interações funcionais, sua marca essencial é saber como se dá o desenvolvimento da criança, a integração dos componentes psicomotores, afetivos e cognitivos no seu todo, completo e em permanente evolução.

O estudo das síndromes psicomotoras, ao qual Wallon dedicou-se diretamente, segundo Galvão (2000), mostrou evidências das relações entre movimento e psiquismo, fundamental importância do papel desempenhado pelo meio social. Dependente do outro, o síndromico direciona suas ações àqueles das quais depende, construindo um vínculo que age sobre suas próprias reações. A referida autora chama a atenção para a percepção das ações da interferência do meio pelas crianças ditas “normais” é muito maior do que naquelas que traz consigo alguma patologia.

Diante do exposto, verificamos a relevância da nossa investigação devido a importância de professoras de crianças pequenas ter pleno conhecimento do desenvolvimento infantil, especificamente neste caso, no que compreende a faixa etária

entre 0 a 3 anos de idade, ou seja, os *Estágios Impulsivo Emocional e Sensório-Motor e Projetivo*.

Destarte, ao realizar a primeira etapa da pesquisa, através da análise documental no curso de Pedagogia-BR e no de Educação Infantil-ES, verificamos que os conteúdos das disciplinas que contemplam o desenvolvimento da criança atendem timidamente às exigências feitas ao professor da mesma, quanto ao conhecimento da saúde integral desta para que possa identificar as características, sinais/sintomas que ela apresenta e poder mediar/ intervir nas medidas de proteção à saúde da criança na interface com outros profissionais.

A segunda etapa, entrevista semiestruturada com as professoras e demais profissionais que trabalham nas creches destas duas regiões, ainda está em processo de levantamento de dados, porém, esperamos que os mesmos possam contribuir para um investimento maior, se necessário, na formação destes e daqueles que se interessam pela saúde integral da criança e que possa identificar as características, sinais e sintomas que ela apresenta, para só assim poder mediar ou intervir nas medidas de atenção primária com outros profissionais.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L. R., & Mahoney, A. A. (2011). A psicogenética walloniana e sua contribuição para a Educação. In R. G. Azzi, & M. H. T. A. Gianfaldoni (Orgs.), *Psicologia e educação* (pp. 101-127). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Angotti, M. (2008). Educação Infantil: para que, para quem e por quê. (2008) In M. Angotti (Org.), *Educação infantil: Para que, para quem e por quê?* (2ª ed.; pp. 15-32) Campinas: Alínea.
- Brasil. (1996) Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Lei nº 9.394/96. Brasília-DF.
- Brasil. (1988). Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado.
- Costa, L. H. F. M. (2006). Estágio sensório-motor e projetivo. In A. Mahoney & L. R. Almeida (Orgs.), *Henri Wallon: Psicologia e educação* (6ª ed.; pp. 31-38). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Duarte, M. P., & Gulassa, M. L. C. R. (2006). Estágio impulsivo emocional. In A. Mahoney & L. R. Almeida (Orgs.), *Henri Wallon: Psicologia e educação* (6ª ed.; pp. 19-29). São Paulo, SP: Edições Loyola.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Galvão, I. (2000). *Henri Wallon: Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil* (8ª ed). Petrópolis: Vozes.
- Mahoney, A. A. (2006). Introdução. In A. Mahoney & L. R. Almeida (Orgs.), *Henri Wallon: Psicologia e educação* (6ª ed). São Paulo, SP: Edições Loyola.

BEM-ESTAR SUBJETIVO E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS

Edivan Silva-Júnior , Rafael Nunes, Kalina Santos e Maria Eulálio

Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil.

O envelhecimento tornou-se o processo demográfico mais notável nas últimas décadas, em todo o mundo. Observam-se inversões na pirâmide etária, antes caracterizada por altos índices de natalidade e mortalidade e nos últimos anos constata-se uma redução destes índices. Tais mudanças na estrutura etária refletem o avanço no desenvolvimento de medicamentos, cuidados à saúde, bem como melhores condições gerais para a população (Veras, 2009). No Brasil, a expectativa de vida do brasileiro que era em média de 45,5 anos de idade no ano de 1940, alcançou a faixa dos 72,7 anos, em 2008. As projeções chegam a estimar um alcance de 81,29 anos para idosos vivendo com 60 anos em 2010. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) no ano de 2008 para cada 100 crianças existiam 24,7 idosos com mais de 65 anos. Em 2015, a previsão é de 172,7 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos.

O processo de envelhecimento humano pressupõe alterações de ordem biológica, psicológica e social e parte destas se expressam em forma de declínio e perdas. A capacidade de adaptação diminui de forma acentuada, tornando a velhice um período em que os eventos de vida têm mais chances de serem vividos como estressantes (Fortes-Burgos, Neri, & Cupertino, 2009). Destarte, demanda investigações, acerca dos fatores de risco e de proteção para que se criem possibilidades de intervenção junto às pessoas idosas (Couto, 2006).

De acordo com Joia, Ruiz e Donalisio (2007), é importante distinguir os “efeitos da idade”, quando da avaliação da qualidade de vida e satisfação na velhice que muitas vezes têm sido associados a questões da dependência-autonomia. Nesse caso, o envelhecimento saudável compreende o resultado da interação de vários componentes, entre eles, os que têm demonstrado oferecer maior risco para mortalidade dos idosos, são: idade (avançada), sexo (masculino), incapacidade funcional, sedentarismo e autoavaliação subjetiva negativa da saúde (Ramos, 2003).

A avaliação empírica da saúde, atualmente, abrange medidas de saúde “testadas”, observadas e percebidas (Barros, Zanchetta, Moura, & Malta, 2009). A saúde percebida tem sido considerada um indicador confiável, tendo demonstrado sua validade em diversos estudos (Fryback, 2010; Lima-Costa, Firmo, & Uchôa, 2004; Ramos, 2003; Santos, Chor, Wernek, & Coutinho, 2007). Capaz de ser equiparada a outras medidas objetivas e mais complexas da condição de saúde (Barreto, & Figueiredo, 2009; Lima-Costa, et al., 2004). Em estudos com idosos, a autoavaliação de saúde tem revelado uma

 Edivan Gonçalves da Silva Júnior, Rua João Suassuna, nº 703, Centro, CEP: 58400-036, Campina Grande-PB, Brasil, Email: edivangoncalves.junior@gmail.com

percepção integrada do indivíduo envolvendo as dimensões biológica, psicológica e social (Lima-Costa, et al., 2004).

A importância de se considerar a avaliação subjetiva da própria saúde em pessoas idosas, é ratificada em resultados onde a autoavaliação negativa da saúde apresenta associações positivas com a insatisfação com o suporte social, sintomas depressivos, ansiosos, insônia e polimedicação (Lima-Costa, et al., 2004). Tende a ser pior em idosos com doenças crônicas (Barreto, & Figueiredo, 2009); e associa-se positivamente com o maior número de fatores de risco para acidentes cardiovasculares (Pereira, Barretos, & Passos, 2009).

De acordo com Guedea, et al. (2006), outro indicador de envelhecimento saudável, feliz e ajustado, que também é medido através de avaliação subjetiva, é denominado de Bem-Estar Subjetivo (BES) (Diener, 2000). Surgindo juntamente com os conceitos de promoção à saúde e estilo de vida, na década de 70 durante a Segunda Revolução da Saúde, o construto passou a ser considerado central para avaliação da saúde física e mental (Galinha, & Ribeiro, 2005).

O BES diz respeito à satisfação que o indivíduo tem de si e de seu ambiente. Sua constituição inclui respostas emocionais e cognitivas acerca da satisfação com a vida (Diener, 1999). Desta forma, tem-se a avaliação dos indivíduos sobre suas vidas, a partir dos afetos positivos e negativos experienciados, e com o julgamento feito em relação à satisfação com a vida (Joia, et al., 2007). Os afetos positivos dizem respeito à experimentação em determinado momento, de emoções e sentimentos agradáveis, tais como alegria, prazer e orgulho. Em contrapartida, os afetos negativos compreendem um estado desprazível, em que se experimentam emoções e sentimentos desagradáveis como raiva, angústia e outros sintomas psicológicos aflitivos (Diener, 2000). A satisfação com a vida, diz respeito a um julgamento feito de forma crítica e racional acerca da própria vida, a partir de critérios estabelecidos pelo próprio sujeito (Albuquerque, & Tróccoli, 2004).

Desde que se tem interesse científico acerca do envelhecimento bem-sucedido, estudiosos se preocupam com formas de medi-lo. Assim, a avaliação da satisfação com a vida teve como área pioneira o estudo com idosos. O estudo do tema levou a desenvolver os primeiros instrumentos para avaliar a satisfação com a vida (Amado, 2008). A priori, esperava-se que os níveis de BES, diminuíssem com o avançar da idade, tendo em vista o declínio dos laços sociais, funções físicas e psicológicas, bem como as perdas inerentes da velhice. Entretanto, vários estudos evidenciam a manutenção do BES, apesar das perdas decorrentes do envelhecimento (Diener, & Seligman, 2004; Marconcin, Alves, Dias, & Fonseca, 2010).

Em se tratando de fatores sociodemográficos, os estudos realizados nas últimas décadas têm demonstrado que em conjunto, esses indicadores não exercem muita influência na variância do BES. Entretanto, percebe-se que a variável gênero exerce influência sobre o BES, as mulheres apresentam níveis mais baixos quando comparados aos homens; conforme apontam os resultados das sub-escalas de BES, quando avaliadas isoladamente (Amado, 2008; Giacomi, 2004).

O Bem-estar subjetivo e autoavaliação de saúde, apesar de sua relevância na produção de conhecimentos sobre a percepção e julgamento do indivíduo sobre suas condições de vida, são temas que demandam investigações, principalmente em populações caracteristicamente envelhecidas, onde estes permanecem obscuros quanto as suas possíveis relações existentes. A partir da necessidade apontada acima, pretende-se neste estudo, verificar a relação entre o BES e a autoavaliação que pessoas idosas fazem da própria saúde.

MÉTODO

O presente trabalho é de abordagem quantitativa e apresenta um delineamento descritivo-analítico. O estudo contou com amostragem probabilística, por conglomerados, a partir da seleção de alguns setores do município de Campina Grande-PB, no Brasil.

Participantes

Entre um total de 557 idosos, participantes da pesquisa intitulada “Saúde Mental de Idosos de Campina Grande-PB” realizada no ano de 2012; 381 idosos obtiveram pontuação superior ao ponto de corte estabelecido pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Deste modo, fizeram parte do presente estudo apenas os 381 idosos, com idades a partir de 60 anos, de ambos os sexos.

Material

Para coleta de dados foram utilizados o Mini-Exame do Estado Mental, a Escala de Satisfação com a vida (ESV), Escala de Afetos Positivos e Negativos, uma questão referente à autoavaliação de saúde e um Questionário Sociodemográfico.

O MEEM proposto por Folstein, Folstein, e McHug (1975), caracteriza-se como um instrumento de rastreio cognitivo, avaliado segundo critérios de escolaridade de seus respondentes. Desde sua criação tem sido um dos instrumentos de rastreio cognitivo mais utilizados mundialmente. O teste é composto por 30 questões e avalia sete entre os 11 aspectos do estado cognitivo. Sua pontuação total pode variar de 0 (indicando certo comprometimento cognitivo) a 30 (melhor capacidade cognitiva) pontos; distribuídos em: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação atrasada de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e praxia construtiva (1 ponto). No presente estudo foram utilizadas as seguintes pontuações para o corte da população estudada: 17 (analfabetos); 22 (escolaridade entre 1 e 4 anos); 24 (escolaridade entre 5 e 8 anos); 26 (9 anos ou mais de escolaridade) (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertoluci, & Okamoto, 2003).

A ESV foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985), com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre quão satisfeitas se encontram com suas vidas. Na versão composta por 5 itens, é respondida por uma escala tipo *likert*, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). A escala foi adaptada e validada para o contexto paraibano por Albuquerque, Rodrigues, Gouveia, Martins, e Neves (2007), numa amostra de 284 idosos residentes nos ambientes urbano e rural. Em sua validação foi verificado Alfa de Cronbach de 0,76, com variância de 53%, confirmando a estrutura unifatorial da escala.

A Escala de Afetos Positivos e Negativos foi formulada por Diener (1984) e é composta por nove adjetivos, sendo cinco positivos e cinco negativos, com opções de resposta que variam de 1 (Nada) a 7 (Extremamente). Tem por objetivo avaliar a intensidade dos afetos positivos (“Feliz”, “Satisfeito”, “Divertido”, “Otimista” e “Alegre”) e dos afetos negativos (“Deprimido”, “Frustrado”, “Raivoso”, “Preocupado” e “Infeliz”). A escala foi validada por Albuquerque, Sousa, e Martins (2010) para o contexto paraibano, numa amostra de 342 idosos, explicando respectivamente, 40,88% e 18,18% da variância total; com Alfa de Cronbrach de 0,78 em cada fator.

Para a obtenção da autoavaliação de saúde pelo idoso, foi utilizado o método geralmente empregado em forma de pergunta sobre a própria saúde do participante (Alves, & Rodrigues, 2005; Barros, et al., 2009; Lima-Costa, et al., 2004; Ramos, 2003). Dessa forma, foi utilizada a questão: “O (a) senhor (a) acha que sua saúde é:”, seguida de cinco opções de resposta que variam de “péssima” a “ótima”. Por último, a fim de

caracterizar a amostra empregou-se um Questionário Sociodemográfico, elaborado com questões relativas ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião e renda dos idosos.

Procedimento

O estudo teve início após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), segundo o número 0655.0.133.000-11 de aprovação, em conformidade com as normas do Conselho Nacional de Saúde pela Resolução Nº 196/96. Para o desenvolvimento do método de amostragem por conglomerado foram selecionados setores censitários da cidade de Campina Grande, com base no mapeamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os alunos devidamente treinados e identificados visitaram as residências que se encontravam dentro do setor escolhido para a pesquisa, conforme o recorte geográfico mapeado. Na presença de algum idoso residente na casa visitada, seguia-se com o questionamento sobre sua disponibilidade em participar da pesquisa. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, iniciava-se o processo de coleta de dados com a aplicação dos instrumentos.

Os dados colhidos com a pesquisa foram analisados com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Foram realizadas estatísticas descritivas, teste *t* de *Student* para amostras independentes, correlações de *Pearson* e análise de regressão linear dos dados.

RESULTADOS

A grande maioria dos participantes foi do sexo feminino 73,4%, em contrapartida aos do sexo masculino 26,5%. A média de idade apresentada foi de 71,50 anos ($DP = 8,00$), de acordo com as faixas etárias: 60 a 69 anos (44,4%); 70 a 79 anos (38,6%) e 80 a 96 anos (17,1%). Boa parte da amostra era casada ou vivia com companheiro (44,1%). Quanto à escolaridade, 53,3% declararam ter cursado o ensino fundamental; 12,3% o ensino médio; 10,5% o ensino superior e 21,8% afirmaram nunca ter ido à escola. Em sua maioria os idosos se declararam católicos (71,9%), com residência própria (75,9%) e renda mensal pessoal de até um salário mínimo (60,8%). Os resultados podem ser visualizados conforme apresentado no Quadro 1.

As estatísticas descritivas referentes às dimensões do BES compreenderam: Afetos Positivos ($M = 5,07$; $DP = 1,10$), Afetos Negativos ($M = 2,19$; $DP = 1,10$) e Satisfação com a vida ($M = 5,58$; $DP = 1,14$). Quanto ao escore global de BES a média foi igual a 4,28 ($DP = 0,54$), encontrando-se próxima ao centro da escala, como sugere os valores de suas três dimensões. Em relação ao gênero, o BES não se diferenciou significativamente entre homens e mulheres [$t(379) = 0,14$; $p > 0,05$], ao contrário das dimensões afeto negativo e satisfação com vida, quando avaliadas isoladamente. Os valores encontrados com essas duas dimensões indicaram maior intensidade de afetos negativos vivenciados pelas mulheres ($M = 2,29$; $DP = 0,91$) com relação aos homens ($M = 1,92$; $DP = 1,15$), resultado significativamente diferente de zero $t(379) = -2,85$; $p < 0,01$. Quanto aos escores de satisfação com a vida, os homens apresentaram maior média ($M = 5,78$; $DP = 0,94$), em relação às mulheres ($M = 5,51$; $DP = 1,19$), resultado significativamente diferente de zero $t(379) = 2,06$; $p < 0,01$. Foram observadas correlações dos afetos positivos ($r = 0,15$; $p < 0,01$), afetos negativos ($r = -0,11$; $p < 0,05$), satisfação com a vida ($r = 0,10$; $p < 0,001$) e do BES ($r = 0,10$; $p < 0,05$) com a renda pessoal dos idosos. Nota-se que além do BES, suas três dimensões apresentam resultados que apontam para a sua manutenção de acordo com o aumento da renda pessoal dos participantes.

As análises realizadas com a variável trabalho demonstraram que os idosos que ainda se mantêm trabalhando atualmente apresentaram maior média de BES ($M = 4,45$; $DP = 0,37$) em relação aos que não trabalham ($M = 4,24$; $DP = 0,57$), de forma significativa [$t(372) = 2,87$; $p < 0,01$]. Notou-se diferença significativa em relação aos maiores níveis de satisfação com a vida [$t(372) = 2,52$; $p < 0,05$], e afetos positivos [$t(372) = 3,71$; $p < 0,001$]. Em detrimento de menores níveis de afetos negativos [$t(372) = -2,03$; $p < 0,01$], para os idosos que não mais trabalham. A autoavaliação da saúde dos idosos pesquisados apresentou média igual a 3,25 ($DP = 0,94$). Com frequência relativa a 12,3% para os que avaliaram a própria saúde como péssima/ruim, 52% como regular e 35,7% como boa/ótima.

Quadro 1.

Distribuição dos participantes ($N=381$) segundo suas características sociodemográficas. Município de Campina Grande, PB – Brasil) 2012.

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	101	26,5
Feminino	280	73,5
Distribuição etária		
60-69	169	44,4
70-79	147	38,6
80-96	65	17,1
Estado Civil		
Casado ou vive com companheiro	168	44,1
Solteiro	40	10,5
Divorciado ou separado	34	8,9
Viúvo	139	36,5
Escolaridade		
Nunca foi à escola	83	21,8
Ensino fundamental	203	53,3
Ensino médio	47	12,3
Ensino Superior	40	10,5
Não respondeu	8	2,1
Religião		
Católica	274	71,9
Evangélica	79	20,8
Espírita	28	7,3
Outra		
Moradia		
Residência própria	289	75,9
Residência alugada	92	24,1
Renda mensal		
≤ 1 salário mínimo	232	60,8
> 1 salário mínimo	149	39,2

A fim de verificar a relação entre BES e a autoavaliação da saúde, utilizou-se da análise de regressão, com a qual foi possível visualizar uma correlação significativa ($r = 0,44$; $p < 0,001$). O BES foi capaz de explicar 19,8% da variação da autoavaliação de saúde ($R^2 = 0,19$); $F(3,377) = 30,94$; $p < 0,001$. Em relação às dimensões do BES, observou-se que os afetos positivos ($\beta = 0,25$; $p < 0,001$) e a satisfação com a vida ($\beta = 0,18$; $p < 0,001$), explicam sozinhos 25% e 18% da variação da autoavaliação de saúde, respectivamente. Ambos estatisticamente diferentes de zero ($t > 1,96$) (Quadro 2).

Quadro 2.

Regressão linear das dimensões do BES sobre os índices de autoavaliação de saúde.

Dimensões BES	Correlação com VD	B	β	F(gl)	Valores de R e R ²
Satisfação Com a Vida	0,35	0,15	0,18*	30,94* (3,33)	R=0,44 R ² =0,19 R ² ajus.=0,19 R ² mud.=
Afetos Positivos	0,38	0,22	0,25*		
Afetos Negativos	-0,30	-0,08	-0,09		0,19*

* $p < 0,001$

Quanto à autoavaliação de saúde, os valores apontam que os homens ($M = 3,41$; $DP = 0,89$) tendem a avaliar a própria saúde de forma mais positiva em relação às mulheres ($M = 3,19$; $DP = 0,95$), resultado no limite da significância estatística ($p = 0,52$; $t = 1,95$). Essa relação entre as variáveis foi mais aprofundada, e em comparação feita entre gêneros observou-se através da análise de regressão, que os valores de BES se correlacionaram significativamente com a autoavaliação de saúde dos homens ($r = 0,5$; $p < 0,001$). Os valores explicaram 31,9% de sua variação ($R^2 = 0,39$); $F(3,97) = 15,14$; $p < 0,001$. Quanto às mulheres, o construto explica apenas 16,3% da variação da autoavaliação de saúde ($R^2 = 0,16$); $F(3,276) = 17,95$; $p < 0,001$, apresentando ainda correlação significativa ($r = 0,40$; $p < 0,001$), com resultados estatisticamente diferentes de zero ($t > 1,96$). Verifica-se, desse modo, uma grande importância do BES para a autoavaliação da saúde dos homens idosos, e em menor medida para a autoavaliação da saúde das mulheres.

Por último, destaca-se a correlação significativa entre BES e autoavaliação de saúde dos idosos que se disseram casados ($r = 0,41$; $p < 0,001$), solteiros ($r = 0,30$; $p < 0,05$) e viúvos ($r = 0,37$; $p < 0,001$). Os resultados demonstraram que o BES e a autoavaliação da saúde tendem a aumentar seguindo uma mesma proporção. Em contrapartida aos estados civis citados acima, os idosos que se disseram divorciados ($r = -0,40$; $p < 0,01$), apresentaram resultados opostos, sugerindo que à medida que os valores de uma aumenta o da outra diminui.

DISCUSSÃO

Os resultados descritos com relação aos dados sociodemográficos pesquisados apontam para uma prevalência de idosos do sexo feminino. O fenômeno conhecido por feminização da velhice é marcado pelo notável crescimento e prevalência de mulheres na população em comparação aos homens e está relacionado às diferenças na morbidade e mortalidade entre os sexos; diferenças entre as formas de envelhecer, nos cuidados médicos e na adoção de diferentes estilos de vida (Camarano, 2006; Salgado, 2002). Destarte, a taxa de envelhecimento tem sido cada vez mais significativa nas mulheres em comparação aos homens. Todavia, o envelhecimento entre a população do sexo feminino está associado a um maior número de incapacidades, ou seja, embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades nesse gênero é bastante reduzida quando comparada com a dos homens (Martins, et al., 2009; Salgado, 2002).

Em seguida demonstrou-se, a partir das médias das três dimensões avaliadas, uma manutenção do BES nos idosos pesquisados, uma vez que o mesmo depende de experimentar intensamente afetos positivos em contrapartida aos afetos negativos e avaliar positivamente a satisfação com a vida (Albuquerque, & Tróccoli, 2004; Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Apesar do escore global de BES não ter apresentado diferenças significativas entre homens e mulheres, os resultados das dimensões afetos negativos e satisfação com a vida indicaram maior tendência para níveis mais elevados de BES nos homens. Os resultados vão de encontro com outros estudos realizados (Diener, 1984; Guedea, et al., 2006; Rodrigues, & Silva, 2010) que não encontraram diferenças significativas de BES em relação à variável sexo. Contudo, as discussões tomadas a partir das diferenças do bem-estar subjetivo em relação ao gênero se apresentam ainda como pontos inconsistentes e que merecem ser avaliados, tendo em vista as variações dos afetos positivos e negativos e a satisfação com a vida, quando avaliados isoladamente.

Em conformidade com tais variações, tem-se encontrado maior satisfação com a vida em idosos do sexo masculino (Rodrigues, & Silva, 2010). Entre as possíveis explicações para a experimentação de afetos negativos com maior intensidade nas mulheres, bem como do seu julgamento mais negativo da satisfação com a vida, encontra-se o fato de que a prevalência cada vez mais expressiva de mulheres no *ranking* da população idosa seja marcada por sua maior exposição a problemas de saúde. Desta forma, as mulheres têm experimentado mais intensamente os efeitos das debilidades e perdas decorrentes da maior longevidade (Camarano, 2006; Martins, et al., 2009; Salgado, 2002).

Outro importante fator que merece atenção na avaliação do bem-estar subjetivo diz respeito à renda dos indivíduos, uma vez que a relação existente entre essas variáveis ainda permanece pouco consistente (Diener, & Diener, 2002). Embora nesta pesquisa tenham sido encontradas correlações significativas entre a renda dos idosos pesquisados com o BES, expressas pelo aumento do bem-estar subjetivo na medida em que houve aumento em sua renda pessoal; diferentes estudos (Diener, & Diener, 2002; Diener, & Seligman, 2004) demonstraram que o aumento da renda produz poucos benefícios ao BES, de modo que tem havido baixa correlação entre os indicadores econômicos e componentes como satisfação com a vida e afetos positivos. As diferenças significativas surgiram somente nos casos de pessoas extremamente pobres, quando a renda mais elevada exerceria maior influência nas avaliações positivas de BES. Vale ressaltar que os estudos citados compreenderam populações de países desenvolvidos, onde os problemas com a desigualdade social e dificuldades no acesso à educação, saúde, transporte e alimentação são reduzidos ou mesmo não contam com dificuldades semelhantes à população brasileira, bem como de outros países em desenvolvimento.

Em um estudo desenvolvido por Santos, Santos, Fernandes, e Henrique (2002) com uma população de idosos no mesmo estado que foi realizada esta pesquisa, na região Nordeste do Brasil, a satisfação com a vida e a qualidade de vida tiveram uma avaliação variando predominantemente de pouca a moderada. Tais avaliações sugerem que a insatisfação dos idosos podem decorrer da desigualdade social e da falta de acesso a um padrão de vida mais confortável (Bercovich, 1993).

As investigações até então realizadas têm demonstrado uma relação positiva da variável ocupação com o BES (Melo, 2007). Porventura, o trabalho constitui uma atividade presente na vida do indivíduo durante todo o seu desenvolvimento, chegando a ser um dos componentes da felicidade humana, em especial nas sociedades capitalistas (Diener, et al., 1999). Funcionando, enquanto atividade social, como mecanismo compensatório, na velhice, proporcionando BES (Neri, & Yassuda, 2004). Em se tratando de idosos, quando o trabalho ocupa um lugar central na sua vida, a aposentadoria pode ser vista como um momento de perdas, a exemplo, perda da independência financeira, perda da identificação que o trabalho proporcionava. Tais mudanças e perdas podem conduzir a uma baixa satisfação com a vida (Wu, Tang, & Yan, 2005).

Os resultados encontrados por meio da autoavaliação de saúde pelos idosos pesquisados demonstraram a prevalência de uma percepção positiva quando do seu estado de saúde. Similarmente, encontrou-se com esse estudo uma prevalência da autoavaliação de saúde equivalente a uma pesquisa de base populacional, desenvolvida por Lima-Costa, et al. (2004) com uma população de idosos do município de Bambuí-MG. Os autores supracitados constataram que as variáveis sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal, entre outros; apresentaram relações significativas com a avaliação de saúde.

A autoavaliação do estado de saúde surge como um importante complemento aliado a medidas diretas e objetivas de morbidade, mortalidade e expectativa de vida da população. Em se tratando da alta prevalência de doenças crônicas na velhice, o uso de uma medida subjetiva de avaliação, contribui para uma maior compreensão do impacto causado pela doença no cotidiano dos idosos (Alves, & Rodrigues, 2005; Barreto, & Figueiredo, 2009; Barros, et al., 2009; Fryback, 2010; Lima-Costa, et al., 2004; Ramos, 2003; Santos, et al., 2007). Observa-se, portanto, que neste grupo, a saúde constitui um elemento fundamental na avaliação de um envelhecimento satisfatório, tendo em vista sua influência sobre a qualidade de vida. A falta de saúde, por outro lado, apresenta-se como um causador da infelicidade (Ryff, 1989).

A satisfação com a saúde é um dos fatores associados ao bem-estar (Joia, et al., 2007), além do mais, altos níveis de BES incluem experimentação de emoções positivas com frequência, e rara experiência negativa, acarretando em satisfação com a vida de uma forma geral (Albuquerque, & Troccóli, 2004). O uso de medidas autopercibidas ou autoavaliadas de saúde, bem como do BES, têm contribuído para a ampliação das concepções de saúde e qualidade de vida. Através dessas medidas, são integradas as dimensões de funcionalidade, de aspectos mentais, sociais e emocionais que superam a antiga concepção de saúde como sendo apenas a ausência de doença (Fryback, 2010).

Os resultados encontrados com as dimensões afetos positivos, e satisfação com a vida, indicam maior tendência a níveis mais elevados de BES nos homens. Além disso, estudos mostram que na velhice, a chance de avaliar a saúde como ruim é maior para as mulheres (Alves, & Rodrigues, 2005; Barros, et al., 2009; Lima-Costa, et al., 2004). Como consequência de sua maior longevidade, as mulheres têm experimentado mais intensamente os efeitos das debilidades e perdas da velhice (Martins, et al., 2009).

Considerando a literatura estudada, os resultados encontrados mostraram que os idosos divorciados apresentaram maior chance de perceber a própria saúde como ruim (Alves, & Rodrigues, 2005). Enquanto idosos casados ou vivendo com companheiros apresentaram maiores níveis de BES. Ademais, conforme apontam Scorsolini-Comin e Santos (2011), pessoas que experimentam emoções positivas tendem a ter relacionamentos mais satisfatórios. Contudo, apesar da presente pesquisa encontrar relações significativas entre as variáveis estudadas com a autoavaliação de saúde e o BES; de um modo geral, estudos realizados têm mostrado que o estado civil não apresenta relação com o BES (Amado, 2008; Guedea, et al., 2006), caracterizando-se ainda, assim como outras variáveis aqui discutidas e problematizadas, como uma variável pouco consistente e que precisa ser melhor avaliada nas populações estudadas.

Constata-se, portanto, que apesar de encontrarmos resultados significativos quanto à avaliação do BES a partir de variáveis demográficas e econômicas, as pesquisas até então realizadas sobre esses indicadores ainda demonstram pouca consistência em suas discussões. Vale destacar, que também foram encontradas neste estudo, correlações significativas entre a autoavaliação de saúde, o BES e dados sociodemográficos. Este resultado significativo pode contribuir para uma maior compreensão de fatores que se

associam a uma percepção da saúde mais positiva ou negativa, bem como na manutenção do BES.

Finalmente, atentamos para a necessidade de realização de pesquisas futuras que incluam outros indicadores para a evolução da compreensão do envelhecimento bem-sucedido.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B., Rodrigues, C. F. F., Gouveia, C. N. N. A., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2007, Julho). *Validação de uma escala de satisfação com a vida para idosos de baixa renda na Paraíba*. Paper apresentado no III Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e XII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, João Pessoa, Brasil. Retirado de: <http://www.ibapnet.org.br/congresso2007/index.html>
- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos. *Psico*, 41, 85-92. Retirado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5110/5220>
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164. doi: 10.1590/S0102-37722004000200008.
- Alves, L. S., & Rodrigues, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 333-41. Retirado de: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
- Amado, N. M. B. S. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. (Dissertação de doutorado, Universidade Nova de Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/39/1/TES%20AMAD1%20-%2018362.pdf>
- Barreto, S. M., & Figueiredo, R. C., (2009). Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Revista de Saúde Pública*, 43, 38-47. doi: 10.1590/S0034-89102009000900006.
- Barros, M. B. de A., Zanchetta, L. M., Moura, E. C. de, & Malta, D. C. (2009). Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43, 27-37. doi: 10.1590/S0034-89102009000900005.
- Bercovich, A. M. (1993). Características regionais da população idosa no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 10, 125-44. Retirado de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_10artigo_125_143.pdf.
- Brucki, S., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertoluci, P., & Okamoto, I. (2003). Sugestões para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 61,777-781. doi: 10.1590/S0004-282X2003000500014.
- Camarano, A. A. (2006). Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas et al.(Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 88-104). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Couto, M.C.P.P. (2007). *Fatores de risco e de proteção na promoção de resiliência no envelhecimento*. (Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia). Disponível em Lume Repositório digital UFRGS. doi:10183/11238/000606274.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: 10.1037//0033-2909.95.3.542.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.34.
- Diener, E., & Diener, R. B. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research Series*, 57, 119-169. doi: 10.1007/978-90-481-2350-6_6.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2004). Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychological Science in the Public Interest*, 5, 1-31. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276- 302. doi: 10.1037//0033-2909.125.2.276.
- Folstein, M., Folstein S., & Mchugh, P. (1975). MiniMental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research Series*, 12, 189-198.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21, 74-82. doi: org/10.1590/S0102-79722008000100010.
- Fryback, D. G. (2010). *Measuring health-related quality of life*. Paper apresentado no Workshop on advancing social Science theory: the importance of common metrics. The National Academies, Division of Behavioral and Sciences and education. Washington, DC. Retirado de: http://www.freewebs.com/ceciliameza/Common%20Metrics_Measuring_Health.pdf
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214. Retirado de: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862005000200008&script=sci_arttext.
- Giatti, L., & Barreto, S. M. (2003). Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 759-771. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300008.
- Guedea M. A., Albuquerque F. J., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A., Seabra, M. A., & Guedea R. L. (2006) Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308. doi: 10.1590/S0102-79722006000200017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*. Rio de Janeiro. Retirado de: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/indic_sociais2010.pdf.
- Joia, C. L., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41, 131-8. doi: 10.1590/S0034-89102007000100018.
- Lima-Costa, M. F., Firmo, J. O. A., & Uchôa, E. (2004). A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, 38, 827-834. doi: 10.1590/S0034-89102004000600011.

- Marconcin, P., Real, N. C., Dias, C., & Fonseca, A. M. (2010). A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3, 1-104. Retirado de: http://usc.no.sapo.pt/RTG_III_2.pdf.
- Martins, J. J., Schneider, D., Coelho, F., Nascimento, E., Albuquerque, G., Erdmann, A., & Gama, F. (2009) Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 265-71. doi: 10.1590/S0103-21002009000300005.
- Melo, S. C. A. (2007). *Bem-estar subjetivo e bem-estar no trabalho: Um estudo com idosos que trabalham* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Uberlândia). Retirado de: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2970/1/DM_16540.pdf.
- Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (Orgs.). (2004). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papyrus.
- Pereira, J. C., Barreto, S. M., & Passos, V. M. A. (2008). O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91, 1-10. doi: 10.1590/S0066-782X2008001300001.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 793-797. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300011.
- Rodrigues, A., & Silva, J. A. (2010) O papel das características sociodemográficas na felicidade. *Psico-USF*, 15, 113-23. doi: 10.1590/S1413-82712010000100012.
- Ryff, C. D. (1989). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210. doi: 10.1037/0882-7974.4.2.195.
- Salgado, C. D. S. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 4, 7-19. Retirado de: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642>.
- Santos, S. M., Chor, D., Werneck, G. L., & Coutinho, E. S. F. (2007). Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2533-2554. doi: 10.1590/S0102-311X2007001100002.
- Santos, S. R., Santos, I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, R. E. M. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 757-64. doi: 10.1590/S0104-11692002000600002.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. dos. (2011). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 658-665. doi:10.1590/S0102-79722011000400005.
- Veras, R. (2009). *Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações*. *Revista de Saúde Pública*, 43, 548-54. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025.
- Wu, A. M. S., Tang, C. S. K., & Yan, E. C. W. (2005). Post-retirement voluntary work and psychological functioning among older chinese in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 20, 27-45. doi: 10.1007/s10823-005-3796-5.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS – PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA DEPRESSÃO

Ana Paula Amaral [✉]1 e Patrícia Costa 2

1-Escola Superior de Tecnologia da Saúde, Instituto Politécnico de Coimbra, Coimbra – Portugal; 2-Centro de Animação Local de Mosteiro de Fráguas, União de Freguesias de Vilar de Besteiros e Mosteiro de Fráguas, Tondela - Portugal

A sociedade actual tem sofrido alterações demográficas importantes com repercussões na saúde e no bem-estar das populações. No passado, apenas uma pequena percentagem da população atingia os 65 anos, porém a actualidade é bem diferente, como podemos constatar com o crescente envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida em Portugal é visível e o declínio das taxas de natalidade e de mortalidade é preocupante, acentuando as discrepâncias entre as populações jovens e as idosas. Atualmente, a OMS considera ser um desafio melhorar a qualidade de vida do idoso mantendo-o activo, afirmando que o envelhecimento da população resulta do sucesso das políticas públicas de saúde e do desenvolvimento social e económico do mundo (Jacob, 2008).

A depressão ocupa, atualmente, o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais patologias e, segundo as projecções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos (Serra & Gaspar, 2011). Quando nos remetemos especificamente para a depressão no idoso, é o segundo diagnóstico psiquiátrico mais frequente nas pessoas com mais idade e estima-se que 30% a 40% dos idosos apresentem algum sintoma depressivo (Leon et al., 2003). A depressão no idoso tem algumas especificidades, Brown, Lapane e Luisi (2002) sugerem que existem indícios de que é subvalorizada, não sendo diagnosticada e tratada, como seria desejável. Reconhecer a depressão nos idosos exige atenção redobrada, uma vez que a maior parte dos sintomas são desvalorizados no contexto do envelhecimento (Drayer et al., 2005). O isolamento social, a debilidade física e a diminuição das atividades de vida diária são considerados importantes fatores associados ao aparecimento de depressão (Samuelsson et al., 2005). A literatura tem demonstrado que a depressão no idoso está associada a um conjunto vasto de factores, entre os quais se destacam o luto, a ausência de confidente, o isolamento socioafetivo e familiar, a sensação de inutilidade e reduzida auto-estima, dificuldades cognitivas, história prévia de depressão, doenças crónicas, perdas funcionais e incapacidades (Blazer, 2003). De acordo com o *National Institute of Mental Health* (2009), a depressão é uma das condições mais comuns associadas ao suicídio do idoso, sendo um risco que vem crescendo, a cada dia, no mundo inteiro.

[✉] - Ana Paula Amaral, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, S. Martinho do Bispo. Apartado 7006, 3046 854 Coimbra, email- anaamaral@estescoimbra.pt

Alguns investigadores defendem que a existência de uma rede de suporte social atenua os sentimentos de depressão e estimula os idosos a preocuparem-se com a sua saúde. Independentemente do contexto cultural, uma forte rede social reduz o risco de desenvolvimento de incapacidades, promovendo no idoso uma maior perceção de saúde (Hansen-Kyle, 2005). Os laços que se criam dentro da rede social proporcionam suporte social, cognitivo e emocional, auxiliando o idoso na manutenção da sua auto-estima, o que resulta numa melhoria da saúde mental, maior satisfação e qualidade de vida. O apoio social está também relacionado com a diminuição dos efeitos negativos do stress, o aumento das respostas imunitárias e a melhoria do humor (Andrews, 2001; Hansen-Kyle, 2005). As redes sociais contribuem para a melhoria da atividade cognitiva, da identidade de grupo e diminuem os sintomas de vulnerabilidade emocional à depressão (Greaves & Farbus, 2006).

Como referimos os idosos sofrem diversas perdas, o que acarreta consequências de vária ordem, como o aumento dos estados depressivos e outras patologias. Neste contexto a promoção da saúde e da qualidade de vida do idoso tornam-se peremptórias. Face ao exposto, é fundamental que se desenvolvam programas que propiciem a estruturação de grupos efetivos de apoio social e que se proporcionem experiências enriquecedoras como forma de ocupação do tempo livre, reduzindo o isolamento social e promovendo a inclusão do idoso na comunidade ou na instituição onde se insere (Cachioni & Palma, 2006). Zimerman (2000) salienta a importância da estimulação através de jogos de memória, passeios, discussões, leitura, ajudando-os a aumentar a auto-estima, a organizar a vida, a valorizarem os aspetos positivos, a descobrirem atividades que lhes despertem interesse e a desenvolverem os seus relacionamentos. A prática de um estilo de vida ativo previne doenças sendo, por isso, essencial proporcionar um ambiente estimulante e de atividade, de forma a impedir ou atrasar o desenvolvimento de apatia e de imobilidade (Joulain et al., 2010). Como refere Lima (2004a; 2004b) as pessoas que participam em muitas atividades envelhecem melhor. Um estilo de vida ativo traz benefícios no que respeita à redução dos riscos de depressão, Menec (2003) associa a participação em atividades sociais à promoção da felicidade do idoso.

Na Califórnia, Nogh, Lewis e Connolly (2005) desenvolveram um programa com idosos depressivos, em regime de internamento, durante 2 anos. Com o objetivo de diminuir o quadro depressivo, as atividades realizadas consistiam em sessões de educação para a saúde, terapia ocupacional, reuniões em grupo, exercício físico em grupo, dramatização e plano de alta. Com pré e pós-teste, os resultados indicaram que os idosos melhoraram e que estes programas têm efeitos positivos na doença. Henderson et al. (1997) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a evolução dos estados depressivos em idosos australianos. Após voltarem a entrevistar os idosos (cerca de 3 anos e meio mais tarde), os autores verificaram que o aumento da prevalência de depressão não esteve relacionado com o aumento da idade, mas sim com a deterioração da saúde e das atividades de vida diária do idoso, com baixos níveis de atividade e pobre apoio social. Em Hong-Kong, Chi et al. (2005) avaliaram a prevalência e os factores associados à depressão nos idosos. Numa amostra aleatória de 917 residentes na comunidade chinesa, a taxa de prevalência da doença foi semelhante à encontrada em países como os EUA, Inglaterra e Finlândia. Os autores referem que a probabilidade de depressão em idosos aumenta com a existência de problemas de saúde, maior comprometimento nas atividades de vida diária, pressão financeira e, mais uma vez, os dados sugerem que os idosos com menos apoio social estão mais propensos a ficar deprimidos.

O presente estudo teve dois grandes objectivos, o primeiro elaborar um programa de intervenção de simples aplicação, constituído por actividades de animação sociocultural que visassem as relações interpessoais, a partilha, a melhoria da auto-estima e a diminuição do isolamento. O segundo objectivo, avaliar se o programa de intervenção desenvolvido permitiria uma diminuição dos índices de depressão nos idosos.

MÉTODO

Participantes

Participaram 42 indivíduos. Os participantes no programa de intervenção obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 65 anos e quadro clínico depressivo (de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica, Yesavage et al., 1983). A amostra não foi aleatória, mas por conveniência, integrando apenas idosos institucionalizados¹⁵, de forma a facilitar a implementação do programa de intervenção. De acordo com Pocinho (2009), uma amostra por conveniência é formada por aqueles que estão presentes num determinado local e, por isso, são fáceis de aceder.

A amostra foi dividida em dois grupos: o grupo de intervenção (GI), no qual se implementou o programa de intervenção e o grupo de comparação (GC), que não participou no programa (os idosos que constituíram este grupo, recusaram-se a participar nas actividades). No total, os dois grupos foram constituídos por 42 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos. A média das idades é de 81,6 e o desvio padrão é de 7,84. Como podemos verificar na Quadro 1, o GI foi constituído por 21 indivíduos, 11 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, enquanto no GC, também com 11 indivíduos, 18 indivíduos eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

Quadro 1

Características Gerais da Amostra

Grupos		GI(N)	GI(%)	GC(N)	GC(%)
Sexo	Feminino	11	52,4	18	85,7
	Masculino	10	47,6	3	14,3
Idade	65-74	3	14,3	4	19
	75-84	7	33,3	10	47,6
	85-94	11	52,4	7	33,3
Estado civil	Solteiro	4	19	4	19
	Casado	1	4,8	1	4,8
	Divorciado	1	4,8	1	4,8
	Viúvo	15	71,4	15	71,4
Habilitações literárias	S/ habilitações	2	9,5	10	47,6
	Ensino Primário	8	38,1	11	52,4
	Ensino Básico	7	33,3	0	0
	Ensino Secundário	4	19	0	0

Quanto à idade, a média do GI é de 82,5 ($DP=8,6$) e do GC de 80,7 ($DP=7,08$). Podemos observar que no GI 52,4% dos indivíduos têm idades situadas entre os 85 e os 94 anos. NO GC a maioria dos idosos situa-se no intervalo dos 75-84. No intervalo dos 65-74 apenas se encontram 3 indivíduos do GI e 4 do GC. Quando analisamos o estado civil, verificamos que, em ambos os grupos, a maioria dos idosos são viúvos (71,4%). No que diz respeito às habilitações literárias, verificamos que a maioria no GI estudou

¹⁵ Idosos institucionalizados em Lares e Residências do distrito de Viseu.

até ao ensino primário e básico, enquanto a maioria dos idosos do GC não foram além do ensino primário ou são analfabetos. Após a análise das características sociodemográficas dos grupos, podemos verificar que os grupos são semelhantes quanto à idade (média do GI: 82,52; média do GC: 80,67) e quanto ao estado civil. Porém, diferem quanto à distribuição por sexo e nas habilitações literárias.

Material

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG; Yesavage et al., 1983) avalia a depressão em idosos e fornece um indicador global de depressão. É constituída por itens simples, aos quais o idoso responde de forma dicotómica (“sim” ou “não”). A EDG tem sido usada em vários estudos em Portugal (Barreto, Leuschener, Santos, & Sobral, 2003; Barroso, & Tapadinhas, 2008), existindo a versão inicial constituída por 30 itens e uma versão reduzida de 15 itens. Nas duas versões, valores mais elevados indicam maior nível de depressão. Optámos pela versão de 30 itens. Relativamente a esta versão consideram-se 2 pontos de corte: o primeiro é o ponto de corte 10. Indivíduos com pontuação inferior ou igual a este valor, não apresentam depressão. O segundo ponto de corte é 20. Indivíduos com pontuação entre 11 e 20 apresentam depressão ligeira. Indivíduos com pontuação entre 21 e 30 (pontuação máxima) apresentam depressão grave.

Procedimento

Numa primeira fase efectuaram-se os procedimentos formais, tais como a apresentação do programa de intervenção às instituições e respectivas autorizações das mesmas. Os idosos envolvidos foram informados dos objetivos do programa, tendo aceitado voluntariamente participar. Foi respeitado o direito ao anonimato e garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Na segunda fase, efectuou-se a primeira avaliação (T1) aos 42 idosos (GI=21; GC=21) que participaram no estudo. Para além de um questionário sociodemográfico foi aplicada a EDG. Na terceira fase implementou-se o programa de intervenção, apenas no GI, que decorreu três vezes por semana, durante 12 semanas. Ao longo do programa de intervenção foi realizada uma avaliação qualitativa do comportamento dos idosos, registada em grelha. Na quarta fase reavaliaram-se os 2 grupos (T2), relativamente aos índices de depressão, através da EDG. Procedeu-se, também, à avaliação final do programa, através de um questionário de satisfação.

Programa de intervenção-Como já foi referido, o programa de intervenção decorreu durante 12 semanas, com três sessões por semana. Organizaram-se sessões grupais com a duração de, aproximadamente, uma hora cada, centradas na promoção do relacionamento interpessoal, na promoção da auto-estima e na melhoria do estado de humor. Durante as primeiras sessões, as dinâmicas de grupo foram direccionadas para o conhecimento do grupo, uma vez que, embora os idosos partilhem o local de residência, nem todos contactam entre si e, por vezes, existe um relacionamento um pouco hostil.

De forma a promover o relacionamento interpessoal, foram desenvolvidas atividades, a sua maioria denominadas como dinâmicas de grupo, cujo principal objectivo foi facilitar a integração e a confiança no grupo. No início, os idosos partilharam breves histórias, estabelecendo ligações entre elas, levando a um maior conhecimento e proximidade relacional. No geral, foi notório que os participantes gostavam de conhecer os outros, escutando-os com atenção. Foram ainda desenvolvidas atividades que deram especial destaque à necessidade do ser humano construir e manter boas relações, partilhando todos os dias um pouco de si. Algumas destas atividades tiveram por base contar pequenas histórias do passado, descreverem um momento importante da sua vida, partilhar desde uma simples fotografia a um amuleto que tenham guardado com estima, explicando o seu significado. Durante as actividades a promoção da coesão grupal foi

um importante objectivo a atingir, seguido da reflexão acerca das mesmas. Foi sempre enfatizado nas reflexões com os idosos o valor de uma rede social de apoio na vida do ser humano. Ao longo do programa alternaram-se as atividades de promoção da auto-estima com as atividades de promoção da coesão grupal. A criação de laços, a partilha e a construção de boas relações constituíram a base destas dinâmicas de grupo.

No que diz respeito à promoção da auto-estima do idoso, desenvolveram-se dinâmicas de grupo centradas nas qualidades de cada um e no elogio. Os idosos expressaram sentimentos, expuseram as suas esperanças e desejos, contaram histórias de vida, identificaram capacidades, competências e habilidades e compreenderam a importância do pensamento positivo. Propiciar que o idoso identificasse as suas próprias qualidades revelou-se extremamente importante, tendo em conta a sua propensão a sentir-se inferior, incapaz, vendo sempre um lado negativo e desvalorizado dele mesmo. A partilha de elogios e de afetos entre os elementos do grupo de trabalho teve como objectivo elevar a sua auto-estima. Relativamente ao desenvolvimento do humor positivo, os idosos visionaram filmes de comédia, fizeram rimas, desenharam retratos coletivos, entre outras actividades que envolviam risos e comentários animadores inseridos num ambiente descontraído. Foram ainda realizadas actividades centradas na promoção do humor positivo, envolvendo criatividade, imagens e música.

A implementação do programa decorreu numa sala em que os idosos se sentavam em círculo (incluindo a monitora), permitindo o contacto visual entre todos. Dependendo das atividades, existia ou não mesa no centro do círculo. Sem lugares específicos, o objetivo desta disposição da sala passou por todos se sentirem iguais e mais próximos. Uma das estratégias utilizadas para motivar os idosos foi a inclusão de imagens de atividades realizadas pelos próprios, como forma de os motivar e de, mais uma vez, os fazer sentir parte do grupo.

RESULTADOS

Primeira Avaliação (T1)

Quando comparados os resultados obtidos pelos dois grupos, em T1, não se encontram diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis de depressão, apresentando os dois grupos uma média aproximada de 16 pontos (depressão ligeira). A média do GI é de 16,29 ($DP= 4,06$) e a do GC é de 16,90 ($DP=3,36$). Uma análise mais detalhada permite-nos concluir que 18 idosos do GI apresentavam depressão ligeira e 3 tinham depressão grave, enquanto no GC, 19 apresentaram depressão ligeira e 2 depressão grave.

Evolução dos resultados de T1 para T2

Após a implementação do programa de intervenção, foram reavaliados os dois grupos (T2). Analisando o Quadro 2, podemos verificar que os valores médios de depressão, no GI, diminuíram de forma significativa ($p=0,002$) de 16,29 para 12,24. No GC os valores médios de depressão subiram de 16,90 para 18,38, embora a diferença não seja estatisticamente significativa.

Quadro 2

Evolução dos grupos relativamente aos valores de depressão (EDG)

Grupos	M e DP - T1	M e DP - T2	p
GI	16,29 (4,06)	12,24 (3,63)	0,002
GC	16,90 (3,36)	18,38 (4,39)	0,05

M= Média; DP= Desvio padrão; p-probabilidade

Segundo o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, 10 dos 21 indivíduos do GI apresentaram resultados positivos, ou seja 47,6% diminuíram os níveis de depressão de T2 para T1. Não ocorreram casos negativos e 11 dos 21 indivíduos (52,4%) não teve alterações. No GC apenas se regista 1 caso positivo, ou seja, apenas 1 indivíduo apresentou uma diminuição dos níveis de depressão. A maioria, 14 em 21, não teve alterações (66,7%) e ocorreram 6 casos negativos, ou seja 28,6% dos indivíduos aumentaram os níveis de depressão. Uma análise mais pormenorizada da evolução do GI, sugere que dos 10 indivíduos que apresentaram resultados positivos, 7 passaram de “depressão ligeira” para “ausência de depressão” e 3 de “depressão grave” para “depressão ligeira”. Os 11 restantes mantiveram-se no mesmo nível (“depressão ligeira”) embora 10 tenham diminuído os valores da depressão após o programa de intervenção.

No GC apurou-se que, após as 12 semanas, os 6 casos negativos correspondem a um agravamento do estado depressivo de “ligeiro” para “grave”. O caso positivo corresponde à passagem de “depressão ligeira” para “ausência de depressão”. Os 14 indivíduos que não apresentaram alterações situavam-se no nível de “depressão ligeira”. Em síntese, os resultados demonstram que apenas no GI ocorreu uma diminuição significativa dos níveis de depressão, de T1 para T2.

A análise detalhada das respostas do GI à EDG permitiu encontrar diferenças, quando comparados os dois momentos de avaliação (T1 e T2). Passamos a referir os resultados mais significativos. A resposta positiva à questão – “Está satisfeito com a sua vida?” passou de 57,1% para 90,5%, após o programa de intervenção. Relativamente à questão – “Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?” a resposta afirmativa diminuiu de 85,7% para 42,9%. No que diz respeito à questão – “Sente a sua vida vazia?” a resposta afirmativa diminuiu de 76,2% para 42,9%. A resposta positiva à questão – “Sente que para si não há esperança” diminuiu de 61,9% para 33,3%. Ainda a referir que consideram que têm menos dificuldades de concentração e de decisão e maior clareza do pensamento, após o programa de intervenção (14,3%, 19,1% e 23,8%, respectivamente). Quanto ao GC, salientamos o facto de não se terem encontrado alterações significativas na maioria das questões.

Adesão e satisfação relativos ao programa de intervenção

Após a implementação do programa foi possível verificar, através do registo de presenças e dos resultados do questionário de avaliação final que a adesão foi boa. Os idosos participaram assiduamente e fizeram uma avaliação final favorável. Dos idosos que participaram no programa de intervenção, 40% referiu que gostou das atividades; 48% concorda que foram interessantes; 50% indica que as atividades foram realizadas de forma a promover amizades no grupo; 48% revela ter gostado de trabalhar em grupo; e para finalizar 41% indicou que voltaria a participar novamente no programa.

DISCUSSÃO

O objectivo do presente estudo foi elaborar um programa de intervenção direccionado para idosos institucionalizados com depressão, constituído por atividades que melhorassem as relações interpessoais, promovessem a auto-estima e o humor positivo, e de cuja implementação resultasse uma diminuição nos níveis de depressão.

Relativamente às características sociodemográficas da amostra, os resultados sugerem que os idosos com depressão apresentam uma média de idades situada nos 81.6 anos, são na sua maioria do sexo feminino (69%), viúvos (71%) e com baixas habilitações literárias. Estes dados vão ao encontro do perfil traçado por Samuelsson et al. (2005), que sublinha que a viuvez constitui um dos fatores desencadeadores da

depressão, associado a esta média de idades. Vários autores (por exemplo, Zimmerman, 2000) referem que a depressão na velhice tende a resultar de perdas, carências e ausência de apoio. De acordo com Blazer (2003) a escolaridade é uma das variáveis que, também, influencia o aparecimento da depressão no idoso.

Os resultados obtidos sugerem que as actividades desenvolvidas ao longo do programa de intervenção promoveram o relacionamento interpessoal. Os idosos mostraram-se satisfeitos com os elementos que constituíam o grupo, tendo-se verificado um aumento da formação de relações de amizade. A proximidade e a entajada aumentaram, não só na sala de actividades, como também na sala de convívio onde os residentes se reúnem. Para Heyl e Schmitt (2007), Bishop (2008) e Lucca e Rabelo (2011), quando as actividades são desenvolvidas com o propósito de melhorar o relacionamento interpessoal, tendem a ser mais eficazes na diminuição da depressão, sendo essas novas amizades referidas como promotoras de saúde. Também Teixeira (2010) confirmou que este tipo de programas é essencial e eficaz na promoção das relações sociais entre idosos.

Vários estudos têm demonstrado que, quando a relação com os outros é percebida de forma positiva constitui uma experiência enriquecedora que minimiza o estado depressivo (Greenfield & Marks, 2007; Nogh, Lewis & Connolly, 2005).

Relativamente à auto-estima do idoso, os resultados sugerem uma melhoria. Da análise das respostas às questões da EDG relativas à valorização do idoso, um maior número de idosos revela sentir-se útil, reconhecendo mais as suas capacidades, o que reflete um aumento na sua auto-estima. De acordo com Zimmerman (2000), o resgatar dos aspetos positivos e a estimulação do idoso são aspetos essenciais, visto que a depressão se relaciona com o pouco reconhecimento das capacidades, autoverbalizações negativas, baixa auto-estima e fraco relacionamento interpares.

No que diz respeito ao principal objectivo deste estudo, diminuir os sintomas de depressão nos idosos, os resultados sugerem que ocorreu uma diminuição do quadro depressivo dos idosos que sofreram a intervenção, ao contrário do que se observou no grupo de comparação, que não apresentou diferenças estatisticamente significativas, de T2 para T1. No grupo de intervenção, embora a média continue a situar-se no estádio definido como “depressão ligeira” (11 a 20 pontos), os valores diminuíram significativamente ($p=0,002$). O facto de 47,6% dos participantes do GI diminuírem os sintomas de depressão, faz-nos acreditar que este tipo de programas é eficaz na diminuição do quadro depressivo dos idosos. No GC, a maioria dos idosos (66,7%) não teve alterações nos níveis de depressão de T1 para T2. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que constataram que as actividades socioeducativas, lúdicas e recreativas, desenvolvidas com idosos, contribuem para a redução dos sintomas de depressão (Loures & Gomes, 2006; Lucca & Rabelo, 2011).

Henderson et al. (1997) verificaram que a prevalência da depressão está intimamente relacionada com baixos níveis de atividade e pouco apoio social. Como referiram Pereira (2010) e Yassuda e Silva (2010), a participação em novas actividades, criando rotinas e relações sociais, são essenciais para o bem-estar dos idosos e aumentam os índices de satisfação com a vida. Também para Andrews (2001) e Hansen-Kyle (2005), os laços sociais auxiliam o idoso na formação e manutenção da auto-estima e na melhoria do seu estado de humor, promovendo a saúde mental. Após a discussão dos resultados obtidos e, tendo em conta as evidências científicas analisadas nesta área de atuação, podemos concluir que o programa delineado atingiu o seu principal objectivo, ou seja, diminuiu de forma significativa os níveis de depressão no idoso.

Uma das limitações deste projeto foi a existência de algumas diferenças entre o GI e o GC, relativamente às suas características sociodemográficas, pois embora o GI seja

bastante equitativo no que respeita ao sexo (10 homens e 11 mulheres), o GC tem apenas 3 elementos do sexo masculino, o que dificultou a análise de resultados em função do sexo. Para além desse ponto, diferem também, relativamente às habilitações literárias, sendo que o GC tem um menor grau de instrução. Contudo, destacamos que no primeiro momento de avaliação, os grupos não apresentaram diferenças significativas, relativamente aos níveis de depressão, a variável em estudo. Outra limitação que poderá ser apontada é a duração do programa, uma vez que três meses de intervenção pode ser considerado um curto período para um estudo na área da saúde mental. No entanto, salientamos que é um estudo piloto e que o tempo de intervenção poderá ser alargado em programas futuros.

Em termos de investigação futura, a implementação de programas de intervenção desta natureza merece um estudo mais aprofundado. Apesar de a literatura sugerir que para os resultados serem efectivos, os grupos onde ocorre a intervenção devem ser pequenos (12 a 20 indivíduos), seria importante criar uma rede de intervenção a nível nacional com vários grupos em simultâneo, alargando significativamente o número de idosos com depressão abrangidos. Deste modo poderíamos conseguir resultados mais consistentes e contribuir de forma mais significativa para a diminuição da depressão no idoso.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ªed–Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 322, 728-729. doi: 10.1136/bmj.322.7288.728
- Barreto, J. Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003) - *Escala de Depressão Geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage et al.* Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade Face ao Envelhecimento - Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. *Psychologica*, 1-13.
- Bishop, A. (2008). Stress and depression among older residents in religious monasteries: do friends and god matter? *The International Journal of Aging and Human Development*, 67, 1-23. doi:10.2190/AG.67.1.a
- Blazer, D. (2003). *Depressão em Idosos* (3ª ed). São Paulo: Editora Andrei.
- Blieszner, R. (2006). A Lifetime of Caring: dimensions and dynamics in late-life close relationships. *Personal Relationships*, 3, 1-18. doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00101.x
- Cachioni, M., & Palma, L. (2006). Educação Permanente: Perspectiva para o Trabalho Educacional com o Adulto Maduro e Idoso. In E.V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed, pp. 1456-1465). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Chi, I., Yip, P., Chiu, H., Chou, K., Chan, K., Kwan, C., ... Caine, E. (2005). Prevalence of Depression and Its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 409-416. doi:10.1097/00019442-200505000-00010
- Drayer, R., Malsant, B., Lenze, E., Rollman, B., Dew, M., Kelleher, K.,... Reynolds, C. (2005). Somatic Symptoms of depression in depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 973-982. doi:10.1002/gps.1389

- Greaves, C., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126, 134-142. doi: 10.1177/1466424006064303
- Greenfield, E.A., & Marks, N.F. (2007). Continuous participation in voluntary groups as a protective factor for the psychological well-being of adults who develop functional limitations: Evidence from the national survey of families and households. *The Journals of Gerontology*, 62, 60-68. doi:10.1093/geronb/62.1S60
- Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40, 45-57. doi:10.1111/j.1744-6198.2005.00009.x
- Henderson, A. S., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Mackinnon, A. J., Jorm, A., Christensen, H., & Rodgers, B. (1997). The course of depression in the elderly: A longitudinal community-based study in Australia. *Psychological Medicine*, 27, 119-129. doi:10.1017/S0033291796004199
- Heyl, V., & Schmitt, M. (2007). The Contribution of Adult Personality and Recalled. In R. Hinde (Ed.), *Relationships: A dialectical perspective*. Hove: Psychology Press.
- Jacob, L. (2008). *Animação de idosos - Atividades* (3ª ed.). Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.
- Leon, F. G., Ashton, A. D., D'Mello, D. A., Dantz, B., Hefner, J., Matson, G. A., ... & Winsberg, B. (2003). Depression and comorbid medical illness: Therapeutic and diagnostic challenges. *The Journal of Family Practice*, 19, 33.
- Lima, M. P. (2004a). *Posso participar?* (1ª ed.). Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.
- Lima, M. P. (2004b). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psycologica*, 35, 133-145.
- Loures, M., & Gomes, L. (2006). *Prevalência de depressão entre alunos da universidade aberta à terceira idade*. Universidade Católica de Goiás.
- Lucca, I., & Rabelo, H. (2011). A Influência das Atividades Recreativas nos Níveis de Depressão de Idosos Institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 19, 23-30.
- Menec, V. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *Journal of Gerontology Social Sciences*, 58B, 74-82. doi: 10.1093/geronb/58.2.S74
- National Institute of Mental Health (2013). *Older adults: Depression and suicide facts*. Recuperado em Fevereiro, 5, 2013, de www.nimh.nih.gov/health/publications/older-adults-depression-and-suicide-facts-fact-sheet/index.shtml.
- Nogh, C. T., Lewis, I. D., & Connolly, P. M. (2005). Outcomes of inpatient geropsychiatric treatment: the value of assessment protocols. *Journal of Gerontological Nursing*, 31, 12-18.
- Pereira, L. (2010). *Solidão e depressão no idoso institucionalizado - A intervenção da animação sociocultural*. Chaves.
- Pocinho, M. (2009). *Estatística- Teoria e exercícios passo-a-passo*. (Vol. 1). Coimbra: Escola Superior de Tecnologia e Saúde de Coimbra.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Samuelsson, G., McCamish-Syennson, C., Hagberg, B., Sundstrom, G., & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging Mental Health*, 9, 571-575. doi: 10.1080/13607860500193591

- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação- piloto de um programa de intervenção*. Faculdade de Psicologia: Lisboa.
- Serra, A.V., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 49-58.
- Yassuda, M., & Silva, H. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27, 207-214.
- Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice - Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

SUPORTE SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA NO SÍNDROME DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Olga Valentim ✉ 1, Célia Santos 2, E José Pais Ribeiro 3

1- ACES Lisboa Norte, UCSP de Benfica, Lisboa, Portugal; -2- Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal; 3- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

A história do consumo de álcool tornou-se um hábito, um ritual com objetivos de socialização, inspiração e prazer, quase se confundindo com a própria história do homem. Em Portugal, o consumo de álcool está frequentemente associado a acontecimentos desportivos, festas de estudantes, falsas crenças como “*beber um copo de vinho às refeições ajuda o coração*”, entre outros. As bebidas alcoólicas são uma droga lícita e aceite pela sociedade que estimula o seu consumo. No entanto, é frequente omitir os inúmeros malefícios do consumo exagerado de álcool que contribui para a desagregação familiar, perda de produtividade intelectual e no trabalho, e está na origem de inúmeras patologias (Matheus & Pillon, 2004). A sociedade é contraditória, pois, ao mesmo tempo que aceita e estimula o consumo de álcool, é, simultaneamente, preconceituosa classificando o alcoolismo como uma fraqueza moral e não como uma doença crónica que necessita de tratamento adequado.

A ingestão excessiva e habitual de bebidas alcoólicas, ainda que, em pequenas quantidades, mas repetidas ao longo do dia, provoca um estado de alcoolização permanente do organismo e uma intoxicação alcoólica crónica que, se for frequente e prolongada, poderá originar uma situação de dependência. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004) descreve as pessoas com alcoolismo ou Síndrome de Dependência Alcoólica (SDA), como consumidores excessivos cuja dependência do álcool, revela uma perturbação mental identificável, quer uma perturbação que afeta a sua saúde física, as suas relações com os outros e o seu padrão de comportamento social e económico, devendo ser submetidos a tratamento. O Plano Nacional de Saúde 2007-2016 (Ministério da Saúde, 2008) alerta-nos para a problemática da dependência alcoólica, tendo em conta o impacto no bem-estar social, problemas de saúde física e mental e comportamentos de risco, tais como: a violência e o abuso de outras substâncias. O alcoolismo é vivido como uma fonte de grande stresse, pois além de ser uma doença crónica e potencialmente incapacitante, encontra-se também relacionado com o desemprego prolongado, a perda de rede social, problemas familiares entre outras situações que conduzem a pessoa com dependência alcoólica ao isolamento social.

O suporte social tem uma capacidade de reduzir os efeitos nocivos dos agentes geradores de stresse na saúde dos indivíduos. Uma boa perceção do suporte social

✉ - Olga Maria Martins de Sousa Valentim; Rua Alfredo Pimenta, n.º5, Bairro Stª Cruz de Benfica – 1500-031-Lisboa; E-mail – ommvalentim@gmail.com

proporciona um nível mais elevado de saúde e bem-estar. Vários autores estudaram a natureza e os efeitos protetores do suporte social e a sua relação com o estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos (Caplan, 1974; Cobb, 1976; Siqueira, 2008). O conceito de suporte social tem sido utilizado em diversos sentidos. Para Caplan (1974), engloba a totalidade das ligações sociais que prestam apoio informal e formal ao indivíduo, de modo a lidar com os seus problemas e acontecimentos de vida. Também o suporte social tem sido definido como um grupo de indivíduos que prestam apoio de forma a obter uma adaptação mais adequada para enfrentar problemas, desafios e tensões (Martins, 2006; Pais-Ribeiro & Ponte, 2009).

O suporte informal que fornece apoio no dia-a-dia e inclui entre outros: os familiares, os amigos, os vizinhos, a comunidade em geral e os grupos sociais (associações, grupos de autoajuda como Alcoólicos Anónimos [AA] e Al-Anon, igreja, entre outros). O suporte formal abrange as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde) e os profissionais de saúde. Algumas pessoas não utilizam o suporte formal, procurando por sua vez um suporte informal, como por exemplo, as pessoas com alcoolismo e famílias que vivem situações de dependência alcoólica e que procuram os grupos de autoajuda e não organizações de saúde credenciados para o efeito. Outras não procuram nem aceitam qualquer tipo de suporte, o que nos permite pensar que poderá tratar-se de uma negação da necessidade de ajuda e/ou de uma perceção incorreta da doença. Pais-Ribeiro (1999) distingue suporte social percebido versus suporte social recebido. O suporte social percebido diz respeito ao suporte social que a pessoa percebe como disponível se necessitar dele, como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe e a satisfação com a dimensão social da sua vida. O suporte social recebido refere-se ao suporte social recebido por alguém, como o número de amigos, a frequência e a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos ou de redes sociais. Podemos afirmar que o suporte social poderá ser um grupo de pessoas que estão disponíveis e nas quais podemos confiar, que se preocupam connosco e nos valorizam. Existem várias definições de suporte social, mas todas elas mostram uma relação entre a função das relações sociais, a saúde e bem-estar (Moreira, 2010). Além disso, as definições de suporte social têm por base três aspetos principais, a quantidade (disponibilidade), a qualidade (satisfação do apoio social percebido) e os efeitos indiretos do suporte social proporcionado pelos outros, caracterizados pela diminuição do stresse psicológico induzido pela doença e pela redução do risco problemas fisiológicos e comportamentais (Wills & Fegan, 2001).

As relações sociais nas pessoas com SDA, são por vezes inexistentes ou ficam seriamente afetadas. O diagnóstico da SDA e todo o processo da doença são experienciados, não só pelo doente como também pela sua família, com grande sofrimento, ansiedade, tristeza e angústia. Ao longo da doença e do seu tratamento, a pessoa com SDA vivencia situações stressantes, perdas e sintomas adversos, surgem limitações físicas, sociais e psicológicas, os quais comprometem a sua própria vida, incluindo a satisfação pessoal associada ao seu bem-estar físico, funcional, emocional e social. Contudo, inversamente, uma condição de insucesso ou insatisfação no seu bem-estar ou qualidade de vida pode fazer recorrer ao álcool com a finalidade de diminuir o sofrimento, afetando o tratamento, reabilitação e a QV.

De uma forma geral, vários estudos mostram uma forte correlação entre sobre suporte social e a saúde, tendo o suporte social efeitos mediadores na proteção da saúde (Pais-Ribeiro, 1999). O suporte social é um importante recurso para quem sofre de doença crónica, nomeadamente a SDA, protegendo as pessoas dos efeitos negativos do stresse e promovendo uma maior adesão ao tratamento. Assim, uma boa perceção de suporte social proporciona um nível mais elevado de saúde e bem-estar. Uma melhor

compreensão sobre a satisfação com o apoio social é um valioso contributo para ajudar o utente com alcoolismo e família na adaptação, recuperação e QV.

O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida, e o suporte social em pessoas com Síndrome de Dependência do Ácool

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 444 pessoas com dependência alcoólica, com diagnóstico médico realizado há menos de um ano. Os dados foram colhidos numa amostra de conveniência em serviços e/ou consulta de alcoologia em diferentes sub-regiões do País (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo) e grupos de autoajuda. Os participantes apresentaram uma média de idades de 45 anos (amplitude 21-69; $DP=9,29$) e cerca de oito anos de escolaridade (amplitude 0-19; $DP= 3,67$). Vivem em regime de coabitação, na sua maioria, com uma pessoa (moda=1) estendendo-se entre os que vivem sozinhos e um máximo de quatro pessoas. A maioria dos inquiridos encontrava-se em tratamento ($n=344$; 77,5%), participando a família participava no mesmo ($n=274$; 61,7%). Relativamente à frequência de grupos de autoajuda, 62,8% ($n=279$) dos inquiridos responderam que não frequentam, 36,5% ($n=162$) responderam afirmativamente, e não responderam três pessoas (0,7%). O quadro 1 apresenta as restantes características sociodemográficas e clínicas da amostra.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica e clínica ($N=444$)

Variáveis Sociodemográficas	<i>n</i>	%	Variáveis Clínicas	<i>M (DP)</i>	<u>ampl.</u>
Sexo			Idade em que começou a beber (anos)	17,86 (8,11)	4-55
Feminino	76	17,1	Período de diagnóstico (anos)	7,73 (7,17)	1-38
Masculino	362	81,5	Número de internamentos	2,01 (2,46)	0-21
Não respostas (<i>missing values</i>)	6	1,4	Número de recaídas	1,69 (0,46)	1-2
Estado Civil			Tempo de abstinência (anos)	2,79 (5,96)	0-43
Casado/união de facto	188	42,3	Participação em grupos de autoajuda	2,25 (4,24)	0,02-22
Solteiro	124	27,9			
Divorciado/separado	115	25,9			
Viúvo	6	1,4			
Não respostas (<i>missing values</i>)	11	2,5			
Situação Profissional					
Desempregado	186	41,9			
Trabalhador	175	39,4			
Reformado	59	13,3			
Outra	18	4,1			
Estudante	3	0,7			
Não respostas (<i>missing values</i>)	1	0,2			

Material

Questionário de caracterização sociodemográfica, com informação sobre idade, sexo, anos de escolaridade, situação profissional e conjugal; Questionário de dados clínicos, com informação sobre a idade em que começou a beber, tempo/duração da dependência alcoólica, número de internamentos e de recaídas, assim como, frequência de grupos de autoajuda, e participação da família no tratamento; Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999), constituída por 15 afirmações que são apresentadas

para autopreenchimento. O participante deve assinalar o grau de concordância com a afirmação, numa escala de *Likert* com cinco posições de 1 - “concordo totalmente”, 2 - “concordo na maior parte”, 3 - “não concordo nem discordo”, 4 - “discordo a maior parte” e 5 - “discordo totalmente”. Estas 15 frases/itens distribuem-se por quatro dimensões ou fatores para medir o suporte social: *satisfação com a amizade*, mede a satisfação com as amizades/amigos (itens 3, 12, 13, 14 e 15); *intimidade* (IN), mede a perceção da existência de suporte social íntimo (itens 1, 4, 5 e 6); *satisfação com a família*, mede a satisfação com o suporte social familiar existente (itens 9, 10 e 11) e *atividades sociais*, mede a satisfação com as atividades sociais que realiza (itens 2, 7 e 8). A nota final da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A *escala total* original mostra uma consistência interna de 0,85 (Ribeiro, 1999), tendo no estudo atual apresentado um $\alpha=0,83$. Pontuações mais altas correspondem a uma perceção de maior suporte social; O Questionário de Estado de Saúde SF-36v2, é um dos instrumentos de avaliação da QV/estado de saúde mais utilizado internacionalmente, o qual está validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a, 2000b). É um questionário de autoadministração, com um tempo de duração de administração entre cinco e dez minutos, constituído por 36 itens que avaliam a QV ao longo das oito dimensões do estado de saúde: *função física* (10 itens), *desempenho físico* (4 itens), *dor corporal* (2 itens), *saúde em geral* (5 itens), *vitalidade* (4 itens), *função social* (2 itens), *desempenho emocional* (3 itens) e *saúde mental* (5 itens). Os resultados das subescalas e respetivos componentes variam entre 0 e 100, sendo que os resultados mais elevados representam um melhor estado de saúde percebido, ou seja, uma melhor QV nas dimensões avaliadas. Nos estudos de validação do instrumento para a população portuguesa, a consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas situou-se entre os 0,60 e 0,87 e no presente estudo esses valores situam-se entre 0,44 e 0,90.

Procedimento

Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, natureza descritiva e correlacional. Depois de contactados os autores dos instrumentos e uma vez obtida a autorização por parte das Unidades de Alcoologia, grupos de autoajuda (Alcoólicos Anónimos) e do consentimento informado das participantes, demos início à recolha de dados. Todos os elementos da amostra foram informados dos objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade e acesso aos resultados, consoante a Declaração de Helsínquia. Os participantes foram ainda abordados e convidados a participar enquanto se encontravam em internamento e/ou aguardavam consultas de ambulatório. Utilizando o programa informático *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 foi realizada a análise de dados com recurso à estatística paramétrica sempre que nos dois grupos a variável em estudo apresentava distribuição normal e, não paramétrica, sempre que pelo menos um grupo não apresentava distribuição normal (Marôco, 2011). Para o estudo da forma e intensidade da relação entre duas variáveis (ambas métricas), recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (Pestana & Gageiro, 2000). Os resultados são considerados significativos para um nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Da análise do quadro 2, observa-se que os elementos da amostra se encontram, no geral, satisfeitos com o seu suporte social (*escala total*, $M=46,07$; $DP=10,56$). Quanto às subescalas do suporte social (ESSS), a que menos satisfaz, são as atividades sociais ($M=6,75$; $DP=2,88$). Do mesmo modo, os indivíduos da amostra apresentam valores razoáveis de QV para as várias subescalas. Destaca-se a subescala *desempenho emocional* com valores mais elevados de QV ($M=72,39$; $DP=29,95$) e a *vitalidade* com

valores mais baixos de QV ($M=50,06$; $DP=22,53$). Relativamente à percepção da saúde, que inclui não só a saúde atual, como também, a resistência à doença e a aparência saudável consideram-na boa ($M=56,84$; $DP=20,06$).

Quadro 2

Variação de resultados, valores de mínimo, máximo, média e desvio padrão para as escalas ESSS e SF-36

Escalas	Nº itens	mín/Máx	<i>M</i>	<i>DP</i>
ESSS				
Satisfação com amizades	5	5 – 25	16,55	4,80
Intimidade	4	4 – 20	12,04	3,61
Satisfação com família	3	3 – 15	10,83	3,60
Atividades sociais	3	3 – 15	6,75	2,88
Escala total	15	15 – 75	46,07	10,56
SF-36				
Função física	10	0-100	69,38	27,29
Desempenho físico	4	0-100	56,73	27,52
Dor corporal	2	0-100	59,11	25,89
Saúde geral	5	0-100	56,84	20,06
Vitalidade	4	0-100	50,06	22,53
Função social	2	0-100	54,51	24,28
Desempenho emocional	3	0-100	72,39	29,95
Saúde mental	5	0-100	50,47	23,40

Para a comparação da satisfação com o suporte social entre os sexos, utilizou-se o teste Mann-Whitney. Os resultados revelaram não haver diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) no que se refere à satisfação com o suporte social entre os sexos, em nenhuma das subescalas, nem na *escala total*. Em relação à situação conjugal, foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da situação conjugal e as subescalas, *satisfação com amizades*, ($\chi^2_{kw}(3)=10,90$, $p=0,012$), *intimidade*, ($\chi^2_{kw}(3)=32,89$, $p<0,0001$), *satisfação com família* ($\chi^2_{kw}(3)=23,25$, $p<0,0001$) e *escala total* do ESSS, ($\chi^2_{kw}(3)=26,71$, $p<0,0001$). Não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas da subescala *atividades sociais* (Quadro 3).

Como se observa no quadro 3, os participantes solteiros manifestam menor satisfação com suporte dos amigos, do que os casados ou em união de facto (UFacto). Os casados mostraram estar também mais satisfeitos com o suporte social, em especial o íntimo, do que os solteiros e os divorciados ou separados (Sep). No que diz respeito à subescala *satisfação com a família* observa-se que tantos os solteiros como os divorciados/separados, manifestam menos satisfação com o suporte familiar, do que os casados e os viúvos, sendo estes últimos os que mostram maior satisfação com o suporte familiar. Além disso, verificou-se que os mais satisfeitos com o suporte social total, são os viúvos logo seguidos dos casados/união de facto, e os menos satisfeitos são os solteiros. De notar que os participantes viúvos eram apenas seis.

Quadro 3

 Resultados do teste de Kruskal-Wallis, para comparação das subescalas do ESSS entre as categorias da situação conjugal ($N=444$)

ESSS	Situação conjugal	<i>n</i>	<i>Md</i>	mín / Máx	χ^2	<i>g.l.</i>	<i>p</i>	Comparações múltiplas de Kruskal-Wallis
Satisfação com amizades	Casado/UFacto	169	18,00	5-25	10,90	3	0,01	Casado/união de facto $\neq$ Solteiro ($p=0,03$)
	Solteiro	116	16,00	5-25				
	Divorciado/Sep	105	17,00	7-25				
	Viúvo	6	20,50	15-25				
Intimidade	Casado/UFacto	173	13,00	4-20	32,89	3	<0,0001	Casado/união de facto $\neq$ Solteiro ($p<0,0001$) e $\neq$ Divorciado ($p=0,006$)
	Solteiro	117	11,00	4-20				
	Divorciado/Sep	109	12,00	4-20				
	Viúvo	6	13,00	12-20				
Satisfação com família	Casado/UFacto	173	12,00	3-15	23,25	3	<0,0001	Solteiro $\neq$ Casado ($p=0,005$) e $\neq$ Viúvo ($p=0,004$) Divorciado $\neq$ Casado ($p=0,02$) e $\neq$ Viúvo ($p=0,006$)
	Solteiro	118	10,00	3-15				
	Divorciado/Sep	109	11,00	3-15				
	Viúvo	6	15,00	14-15				
Atividades sociais	Casado/UFacto	177	6,00	3-15	4,70	3	0,19	
	Solteiro	117	6,00	3-15				
	Divorciado/Sep	106	6,00	3-15				
	Viúvo	6	7,00	3-15				
Escala total	Casado/UFacto	154	49,00	26-71	26,71	3	<0,0001	Solteiro $\neq$ Casado ($p<0,0001$) e $\neq$ Viúvo ($p=0,02$) Divorciado $\neq$ Casado ($p=0,007$) e $\neq$ Viúvo ($p=0,04$)
	Solteiro	111	43,00	17-61				
	Divorciado/Sep	99	45,00	17-69				
	Viúvo	6	54,00	47-75				

Para avaliar se existia relação entre a situação profissional e a satisfação do suporte social, recorremos ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 4.

Da análise do quadro 4 são visíveis diferenças estatisticamente significativas entre as categorias da situação profissional relativamente à *satisfação com amizades* ($\chi^2_{kw}(4)=14,59, p=0,006$), *intimidade* ($\chi^2_{kw}(4)=10,42, p=0,03$), *satisfação com a família* ($\chi^2_{kw}(4)=17,77, p=0,001$) e à *escala total* do ESSS ($\chi^2_{kw}(4)=22,54, p<0,0001$). Os participantes na amostra que se encontravam a trabalhar mostraram uma maior satisfação com as suas amizades e relações íntimas, do que os desempregados. Os estudantes demonstraram menor satisfação com o apoio familiar, comparativamente com os reformados e os trabalhadores. Por outro lado, os trabalhadores com dependência alcoólica têm valores mais elevados de satisfação social total do que os desempregados.

Quadro 4

Resultados do teste de Kruskal-Wallis, para comparação entre as subescalas e *escala total* do ESSS entre as categorias da situação profissional

ESSS	Situação profissional	<i>n</i>	<i>Md</i>	mín/ Máx	χ^2	<i>g.l.</i>	<i>P</i>	Comparações múltiplas de Kruskal-Wallis
Satisfação com amigos	Trabalhador	159	18,00	5-25	14,59	4	0,006	Desempregado $\neq$ Trabalhador ($p=0,009$)
	Estudante	3	9,00	7-17				
	Desempregado	168	16,00	5-25				
	Reformado	52	17,00	5-25				
	Outra	17	16,00	10-25				
Intimidade	Trabalhador	163	12,00	4-20	10,42	4	0,03	Desempregado $\neq$ Trabalhador ($p=0,02$)
	Estudante	3	12,00	4-14				
	Desempregado	171	12,00	4-20				
	Reformado	55	12,00	4-19				
	Outra	17	12,00	5-19				
Satisfação com família	Trabalhador	164	12,00	3-15	17,77	4	0,001	Estudante $\neq$ Trabalhador ($p=0,02$), $\neq$ Reformado ($p=0,01$) $\neq$ outra situação profissional ($p=0,02$)
	Estudante	3	3,00	3-3				
	Desempregado	171	10,00	3-15				
	Reformado	55	12,00	3-15				
	Outra	17	13,00	4-15				
Atividades sociais	Trabalhador	163	7,00	3-15	9,47	4	0,05	
	Estudante	3	4,00	3-15				
	Desempregado	170	6,00	3-15				
	Reformado	56	6,00	3-13				
	Outra	18	6,00	3-12				
Escala total	Trabalhador	146	49,00	17-75	22,54	4	<0,0001	Desempregado $\neq$ Trabalhador ($p<0,0001$)
	Estudante	3	38,00	17-39				
	Desempregado	158	44,00	21-64				
	Reformado	50	51,50	18-69				
	Outra	16	44,50	24-66				

Do quadro 5 constam os resultados das correlações de *Pearson* das subescalas da ESSS e *escala total* com a idade, anos de escolaridade, tempo de diagnóstico, número de internamentos e número de recaídas.

Quadro 5

Correlação de *Pearson* entre as subescalas do ESSS e a idade, anos de escolaridade, tempo de dependência alcoólica, com o número de internamentos devido à dependência alcoólica e recaídas ($N=444$)

ESSS	Idade	Anos de escolaridade	Tempo de diagnóstico (anos)	Número de vezes de internamento	Número de Recaídas
Satisfação com amigos	0,07	-0,04	0,004	-0,13*	-0,13
Intimidade	0,10*	0,04	0,04	-0,14**	-0,02
Satisfação com família	0,03	-0,11*	-0,02	-0,18**	-0,18**
Atividades sociais	0,08	0,09	-0,01	-0,01	-0,01
Escala total	0,10*	-0,03	0,03	-0,18**	-0,16*

* Correlações significativas ao nível de significância de 5%. ** Correlações significativa ao nível de significância de 1%.

Da análise do quadro 5 pode concluir-se que as pessoas com SDA mais velhas estão mais satisfeitas com a sua intimidade ($r=0,10$, $p=0,03$) e com o seu suporte social total ($r=0,10$, $p=0,04$). Os que têm maior escolaridade estão menos satisfeitos com o seu suporte familiar ($r=-0,11$, $p=0,02$). Por outro lado, um maior número de internamentos conduz a uma menor satisfação com o seu suporte social total ($r=-0,18$, $p=0,001$), assim como, com o suporte familiar ($r=-0,18$, $p=0,001$), das amizades ($r=-0,13$, $p=0,014$) e

intimidade ($r=-0,14$, $p=0,007$). Um maior número de recaídas, implica uma menor satisfação com a família ($r=-0,18$, $p=0,007$) e com o suporte social em geral ($r=-0,16$, $p=0,030$). Investigámos ainda a influência da participação da família no tratamento e ainda o facto das pessoas dependentes de álcool frequentarem ou não grupos de autoajuda na percepção se suporte social.

Quadro 6

Resultados do teste t para duas amostras independentes para comparação entre as subescalas e escala total do ESSS, e a participação da família no tratamento ($N=444$)

ESSS	Participação da família no tratamento				t	g.l.	p
	Não		Sim				
	N	M (DP)	N	M (DP)			
Satisfação com amizades	112	16,46 (4,95)	253	16,60 (4,77)	-0,26	363	0,79
Intimidade	113	12,053 (3,89)	258	12,04 (3,60)	0,03	369	0,97
Satisfação com família	115	9,59 (3,99)	258	11,29 (3,29)	-3,99	186,08	<0,0001
Atividades social	115	6,71 (3,10)	258	6,75 (2,82)	-0,11	371	0,91
Escala total	103	44,69 (11,54)	241	46,51 (10,34)	-1,44	342	0,15

Para ambas as análises, aplicámos o teste t para dois grupos independentes. A análise do quadro anterior permite-nos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas, no que respeita à Satisfação com o *suporte familiar*, entre quem foi e quem não foi acompanhado pela família durante o tratamento ($t_{(186,08)}=-3,99$, $p<0,0001$), verificando-se, como seria expectável, que os inquiridos que foram acompanhados pela família apresentam, em média, níveis de satisfação mais elevados (Quadro 6). Quanto ao facto de frequentarem grupos de autoajuda, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social em nenhuma das subescalas, nem na *escala total*, entre quem frequentava e quem não frequentava esses grupos ($p>0,05$). Pretendemos ainda conhecer as relações existentes, bem como a força da correlação entre a Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e a percepção da Qualidade de Vida (SF-36). Para esta análise, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson* entre as subescalas do ESSS e *escala total*, e as subescalas do SF-36 (Quadro 7).

Quadro 7

Correlação de *Pearson* entre as subescalas do SF-36 e as subescalas e *escala total* do ESSS ($N=444$)

SF-36	ESSS	SA	IN	SF	AS	Total
Função física		0,07	0,06	-0,09	0,06	0,05
Desempenho físico		0,14**	0,19**	0,09	0,07	0,18**
Dor corporal		0,08	0,14**	0,12*	0,14**	0,17**
Saúde em geral		0,18*	0,13	0,12	0,17*	0,22**
Vitalidade		0,18**	0,25**	0,21**	0,11*	0,27**
Função social		0,24**	0,30**	0,29**	0,21**	0,38**
Desempenho emocional		0,15	0,33**	-0,03	0,08	0,25*
Saúde mental		0,25**	0,35**	0,25**	0,19**	0,38**

*Correlações significativas ao nível de significância de 5%. ** Correlações significativa ao nível de significância de 1%. Legenda: SA – *satisfação com amizades*, IN – *intimidade*, SF – *satisfação com família*, AS - *atividades sociais*.

No quadro 7 podemos observar que a Satisfação com o Suporte Social (*escala total*) apresenta correlações estatisticamente significativas, positivas, fracas a moderadas. Decidimos destacar as correlações moderadas. Assim, a Satisfação Social (*escala total*)

correlaciona-se positivamente, com a *vitalidade* ($r=0,27$, $p<0,0001$), com a *função social* ($r=0,38$, $p<0,0001$), com o *desempenho emocional* ($r=0,25$, $p=0,04$) e com a *saúde mental* ($r=0,38$, $p<0,0001$). Portanto, os participantes que apresentam uma melhor satisfação com o suporte social têm mais energia, realizam as atividades sociais normalmente sem a interferência de problemas físicos ou emocionais, sentindo-se mais felizes. A *satisfação com amizades* correlaciona-se de forma positiva e moderada com a *saúde mental* ($r=0,25$, $p<0,0001$). Ainda com valores de correlação positivos e moderados, observamos que as pessoas com melhor percepção de apoio no domínio *intimidade*, apresentam mais *vitalidade* ($r=0,25$, $p<0,0001$), melhor *função social* ($r=0,30$, $p<0,0001$), melhor *desempenho emocional* ($r=0,33$, $p=0,006$) e ainda, melhor *saúde mental* ($r=0,35$, $p<0,0001$). Relativamente à *satisfação familiar*, correlaciona-se de forma positiva e moderada com a *função social* ($r=0,29$, $p<0,0001$) e com a *saúde mental* ($r=0,25$, $p<0,0001$).

DISCUSSÃO

Em termos sociodemográficos, podemos adiantar que estamos perante uma amostra, com uma média de idades próxima dos 45 anos e com baixo nível de escolaridade (mensurado em anos de formação escolar). Grande parte dos inquiridos, são casados ou vivem em união de facto e já não se encontram profissionalmente ativos. São predominantemente do sexo masculino e vivem com o cônjuge. Em termos clínicos, o período de diagnóstico foi realizado, em média há oito anos. O início do consumo de bebidas alcoólicas aconteceu cerca dos 18 anos de idade, ligeiramente superior ao estudo de Balsa (2008) que refere que a maioria dos indivíduos tem o seu primeiro contacto com o álcool na adolescência, entre os 15 e os 17 anos.

O alcoolismo é uma doença crónica progressiva, caracterizada pela perda de controlo sobre o consumo de álcool, com consequências sociais, legais, psicológicas e físicas subsequentes. O apoio social é um importante recurso para quem sofre de uma doença crónica, interferindo favoravelmente na recuperação da doença, na proteção das suas consequências e de situações stressantes (Bolger & Amarel, 2007; Cohen & Lemay, 2007; Serra, 1999). O suporte social mostra-se assim fundamental, ajudando a enfrentar várias situações problemáticas resultantes da doença, tornando-a menos prejudicial para a sua QV. Esse apoio social funciona como fator atenuante do impacto das circunstâncias indutoras de stresse sobre o indivíduo, quando esse apoio está acessível, disponível, responde às necessidades e é considerado suficiente pelo indivíduo.

Os resultados do presente estudo indicam que as pessoas com SDA estão razoavelmente satisfeitos com o seu suporte social, no entanto, o que menos os satisfaz são as *atividades sociais*. De facto, a literatura indica que estas pessoas dedicam uma boa parte do seu tempo na obtenção e ingestão de bebidas alcoólicas, abandonando atividades sociais, ocupacionais ou recreativas (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Alguns estudos mostram diferenças na satisfação com o suporte social em função do sexo sendo, na maioria dos casos, a satisfação das mulheres com o Suporte Social superior à dos homens (Navalhas, 1998; Pais-Ribeiro, 1999; Sollner, et al., 1999). Estes resultados não são concordantes com a amostra em estudo, uma vez que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o suporte social de acordo com o sexo.

Estudos anteriores salientam a importância da satisfação com o suporte social relativamente ao estado conjugal, em concreto, as pessoas casadas ou em união de facto, percebem um melhor suporte social por parte dos familiares (Rodrigues, 2008; Rodrigues & Madeira, 2009). Neste estudo, os casados e os viúvos foram os que se

sentiram mais satisfeitos com o *suporte familiar* e com o suporte social em geral. Relativamente à *satisfação com as amizades* os participantes solteiros mostraram-se menos satisfeitos em relação aos casados. Por outro lado, constatou-se que os casados mostraram-se mais satisfeitos com o suporte social, em especial o íntimo, contando com um maior número de confidentes, comparativamente com os solteiros e os divorciados. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos, que mostram que pessoas casadas ou em união de facto, referem maior suporte social percebido relativamente aos solteiros e aos divorciados/separados (Ornelas, 1994; Thoits, 1995)

O suporte social pode ser um recurso importante para lidar com o stresse, podendo reduzir o isolamento social. Provavelmente os inquiridos solteiros e divorciados, podem experimentar isolamento social, e falta de apoio não só de amigos, como também de pessoas que estejam disponíveis para ouvir as suas preocupações mais íntimas.

Os trabalhadores apresentaram valores mais elevados de satisfação social *total*, mostrando uma maior *satisfação com as suas amizades* e relações íntimas, do que os desempregados. Este resultado pode estar relacionado com o facto percecionarem uma maior quantidade de relações sociais, na realização de papéis, como o caso de trabalhar, dando mais sentido à vida. É fundamental reconhecer e valorizar o papel que o local de trabalho pode desempenhar na ajuda a pessoas com problemas decorrentes da SDA. A estabilidade que um emprego pode oferecer é um fator essencial na recuperação da pessoa com SDA, assim como a satisfação que o convívio com os colegas de trabalho/amigos pode proporcionar.

Os estudantes mostraram-se menos satisfeitos com o apoio familiar comparativamente com os reformados e os trabalhadores. O uso “*binge*” corresponde a episódios de consumo pesado de álcool, que é frequente nos estudantes universitários que geralmente ainda residem em casa de familiares. O alcoolismo é um grave problema de saúde que afeta tanto o indivíduo que é portador da doença como os familiares que o rodeiam, são constantes as discussões que ocorrem no contexto familiar, por não haver um convívio harmonioso e saudável gerando insatisfação familiar (Reinaldo & Pillon, 2008).

As pessoas com SDA mais velhas estão mais satisfeitas com a sua *intimidade* e com o seu suporte social total. Com o tempo, o abuso do álcool provoca inúmeros e graves problemas de saúde. Os indivíduos com mais tempo de dependência alcoólica, podem sentir a necessidade de procurar outras pessoas para desabafar e pedir ajuda. Se encontrarem pessoas disponíveis, nas quais possam confiar e que os compreendam é provável que venham a ter uma melhor perceção do seu suporte social, e neste caso, com o suporte íntimo. Estes resultados assemelham-se a outros estudos que mostram que os adultos de uma faixa etária mais elevada, denotam uma maior perceção de disponibilidade ou satisfação com o apoio social, quando comparadas com as pessoas mais jovens (Allen, 2000; Moraes & Dantas, 2007). Concluimos que as pessoas com SDA mais velhas tendem a procurar com mais frequência o contacto com a família ou com os amigos do que os adultos jovens.

As pessoas com SDA que têm maior escolaridade estão menos satisfeitas com o seu suporte familiar. É possível que em função do nível de conhecimento e experiências diversificadas desenvolvam expectativas e exigências diferentes acerca do suporte familiar. A informação disponível tem demonstrado resultados controversos a respeito da relação dos vínculos sociais e/ou apoio social com a escolaridade. Assim, alguns autores afirmam que as pessoas com menos escolaridade têm menor interação social e, naturalmente, uma menor perceção de apoio social. Outros autores mostram que essas pessoas podem desenvolver padrões mais coesos de apoio social, como forma de

ajustamento às adversidades (House, Landis, & Umberson, 1988; Ramos, 2002; Weyers, et al., 2008).

A família e os amigos constituem fatores relevantes de proteção para aqueles que precisam de enfrentar a doença e conhecer o diagnóstico (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007; Seidl & Tróccoli, 2006). A sucessão de internamentos e de recaídas, prejudica os relacionamentos com os amigos e/ou a família, sobretudo a percepção do cuidado, disponibilidade e atenção que lhes é prestada. No nosso estudo, verificou-se que um maior número de internamentos e de recaídas provoca menor satisfação com o suporte social e com família.

Habitualmente, o internamento tem uma duração de 2 a 4 semanas e a maior parte dos tratamentos da SDA sugerem a participação da família no processo de recuperação da pessoa no seu sistema familiar. A recuperação é um processo lento, e a recaída pode surgir em qualquer momento. Considerando a recaída como uma fase de crise da doença alcoólica, o suporte familiar pode mostrar-se menos funcional, graças a esta situação de distresse (Sollner et al., 1999). Portanto, a instabilidade do SDA e os seus repetidos internamentos provocam uma diminuição dos apoios familiares e sociais, ficando a pessoa, deste modo, mais desprotegida perante situações stressantes, que podem ocasionar mais recaídas e obviamente, com uma menor percepção de qualidade de vida.

Alguns estudos apontam a família como a maior fonte de suporte social, além de exercer um papel fundamental no bem-estar de seus membros (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007; Pais-Ribeiro, 1999; Siqueira, 2008). Como é compreensível, as pessoas com SDA que são ou foram acompanhados pela família durante o tratamento, apresentaram em média, níveis de satisfação mais elevados com as relações familiares. Sem qualquer dúvida a família é a primeira base de cuidados do indivíduo e no caso da SDA, enquanto doença crónica a família tem um papel fundamental no sentido de garantir o bem-estar da pessoa doente, a capacidade de resposta às exigências e continuidade do tratamento. A literatura aponta para outras importantes fontes de apoio social, neste caso estamos a referir-nos aos grupos de autoajuda, pois reúnem pessoas com o mesmo objetivo, dificuldades, necessidades para os ajudar a enfrentar os problemas decorrentes do alcoolismo (Alcoólicos Anónimos, 2004; Filzola, Tagliaferro, Andrade, Pavarini, & Ferreira, 2009; Fornazier & Siqueira, 2006; OMS, 2001).

Contrariamente a outros estudos, no presente não foram detetados resultados que indicassem a presença de diferenças significativas no que se refere à satisfação com o suporte social pelo facto dos participantes frequentarem grupos de autoajuda. Relembre-se no entanto que, a maioria dos inquiridos não frequentava grupos de autoajuda, e os que frequentavam faziam-no em média há dois anos ($\text{ampl.}=0,02-22$). A Satisfação com o Suporte Social (*escala total*) registou correlações positivas com a maioria das componentes da Qualidade de Vida. Concluímos que as pessoas que apresentam uma melhor satisfação com o Suporte Social, realizam as atividades sociais normalmente, sem a interferência de problemas físicos ou emocionais e sentem-se também mais felizes. Observamos ainda que as pessoas com SDA que mostraram mais satisfação com a *intimidade*, tinham também uma melhor *função social*, um melhor *desempenho emocional* e uma melhor *saúde mental*.

A SDA pode causar limitações físicas, emocionais e sociais consideráveis, alterando significativamente os padrões de vida. O suporte social produz efeitos benéficos para a saúde tanto ao nível físico como mental, e guarda uma estreita relação com o bem-estar. Em conclusão, o suporte social pode amenizar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois o suporte social proveniente das relações sociais contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma ação mediadora relativamente aos efeitos do stress (Serra, 1999; Serra, 2000).

Este estudo pretendeu contribuir para compreender melhor a importância do suporte social e a sua relação com a QV nas pessoas com SDA. Como síntese, podemos concluir que existe, de facto, uma relação entre a satisfação com o suporte social e as várias dimensões da qualidade de vida. Não se destetaram neste estudo diferenças estatisticamente significativas, da percepção da satisfação com o suporte social em função do sexo e da participação dos grupos de autoajuda, tornando-se necessários outros estudos suscetíveis de identificar essa relação. O apoio social foi avaliado uma única vez (estudo transversal), não tendo sido possível captar as influências de algumas situações, tais como o bem-estar psicológico, comorbilidades, problemas jurídicos, familiares entre outros, na percepção de apoio, o que pode constituir uma limitação.

As pesquisas nesta área devem ser incentivadas, nomeadamente com amostras populacionais mais abrangentes, a fim de ampliar as análises das relações entre o apoio social e as variáveis sociodemográficas, bem como estudar a sua influência na qualidade de vida. Seria importante realizar estudos análogos em populações mais específicas, como, por exemplo, adolescentes ou cônjuges que convivam diariamente com o doente alcoólico, assim como, outros grupos de autoajuda, para além dos Alcoólicos Anónimos.

Gostaríamos, pois, de salientar a importância que o suporte social representa para a pessoa com SDA na medida em que esta doença é uma situação geradora de stresse e afeta a QV. Neste contexto é essencial envolver e incluir o suporte social no plano de tratamento com a finalidade de poder enfrentar positivamente as dificuldades do diagnóstico e da recuperação. A intervenção dos técnicos de saúde junto da pessoa com SDA é fundamental para a percepção e reconhecimento da importância do apoio social como forte contributo para a melhoria do seu estado de saúde e QV.

REFERÊNCIAS

- Alcoólicos Anónimos. (2004). *Alcoólicos Anónimos* (2ª ed). (Escritório de Serviços Gerais de Alcoólicos Anónimos, Trad.). Lisboa: Portugal (Obra original publicada em 1955).
- Allen, D. (2000). Social networks and self-employment. *Journal of Socio-Economics*, 29, 487-501. doi:org/10.1016/S1053-5357(00)00086-X
- Balsa, C. (2008). *Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal, 2007*. Lisboa: IDT, IP.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of Social Support Visibility on Adjustment to Stress-Experimental Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 458-475. doi:10.1037/0022-3514.92.3.458
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2023-2033. doi:10.1590/S0102-311X2007000900011
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices?. *Health Psychology*, 26, 410-417. doi:10.1037/0278-6133.26.4.410
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF 36. Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF36. Parte II - Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicodependência. Usos, Abusos e Dependências*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filzola, C., Tagliaferro, P., Andrade, A., Pavarini, S., & Ferreira, N. (2009). Alcoolismo e família: a vivência de mulheres participantes do grupo de autoajuda Al-Anon. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58, 181-186. doi:10.1590/S0047-20852009000300007
- Fornazier, M., & Siqueira, M. (2006). Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 280-287. doi:10.1590/S0047-20852006000400004
- House, J., Landis, K., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545. doi:10.1126/science.3399889.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Lisboa: ReportNumber.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- Matheus, I. S., & Pillon, S. C. (2004). Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 359-368. doi:10.1590/S0104-11692004000700010
- Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Moraes, T., & Dantas, R. (2007). Evaluation of social suport among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15, 323-329. doi:10.1590/S0104-11692007000200020
- Moreira, M. S. (2010). *Stress e Suporte Social em Pais de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal.
- Navalhas, J. (1998). Crise e Suporte Social, Efeitos potenciais do Suporte Social. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 3, 27-46.
- OMS. (2001). *Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 2-3, 333-339.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17, 547-558.
- Pais-Ribeiro, J., & Ponte, A. C. (2009). Propriedades métricas da versão portuguesa da escala de suporte socialdomos (MOS social support survey) com idosos. *Psicologia, Saúde & Doença*, 10, 163-174.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo, Lda.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saude entre idosos. *Sociologia*, 7, 156-175. Doi:10.1590/S1517-45222002000100007
- Reinaldo, M., & Pillon, S. (2008). Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 529-534.
- Rodrigues, V. (2008). *Satisfação com o Suporte Social em indivíduos com perturbação psiquiátrica: estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 390-399.

- Seidl, E., & Tróccoli, B. (2006). Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22, 317 – 326. doi:10.1590/s0102-37722006000300008
- Siqueira, M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13, 381-388. doi:10.1590/S1413-73722008000200021
- Sollner, W., Zschocke, I., Zing-Schir, M., Stein, B., Rumpold, G., Fritsch, P., & Augustin, M. (1999). Interactive patterns of social support and individual coping strategies in melanoma patients and their correlations with adjustment to illness. *Psychosomatics*, 40, 239-250. doi:10.1016/S0033-3182(99)71241-7
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79. doi:org/10.2307/2626957
- Serra, A.V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Serra, A.V. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21, 261-278.
- Weyers, S., Dragano, N., Nöbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., ...Siegrist, J. (2008). Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7, 1-7. doi:10.1186/1475-9276-7-13
- WHO. (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Genebra: World Health Organization.
- Wills, T., & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Edits.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). New Jersey: LEA.

INDICADORES DE FELICIDADE DE HABITANTES DO ESTADO DO AMAZONAS/BRASIL

Suely Mascarenhas[✉] 1, Fabiana Fernandes 1, Iolete Silva 2, Denise Gutierrez 2,
Rosenir Lira 3, Cristian Martins 4, Lúdia Ferraz 2, Antônio Roazzi 5, Gilvânia Braule 4 e
Lerkiane Morais 1

1-Universidade Federal do Amazonas, LAPESAM, Humaitá, Brasil; 2- Universidade Federal do
Amazonas, FAPSI, Manaus, Brasil; 3- Universidade Federal do Amazonas, FAGED, Manaus, Brasil;
4- Universidade Federal do Amazonas, Benjamin Constant, Brasil; 5- Universidade Federal de
Pernambuco, Recife, Brasil

O estudo da felicidade origina-se tradicionalmente do campo da filosofia. A expressão origina-se do latim. *Felicitas*. Associa-se a *augúrio*, *sorte*. Refere-se em geral ao estado duradouro de satisfação de alguém com a sua situação no mundo. O conceito nasceu na Grécia antiga onde o filósofo Tales de Mileto julgava feliz quem tem corpo são e forte, boa sorte e alma bem formada. Outra compreensão do fenômeno pelos gregos era que a felicidade associava-se à boa saúde, boa sorte na vida e sucesso da formação individual, que constituiriam os elementos da felicidade humana. Seria um indicador de felicidade manter afastado dos defeitos e dos excessos. A felicidade seria a busca do prazer sendo entendida como um sistema de prazeres particulares, que se somam também os passados e futuros embora reconhecendo que esses são raros e passageiros. Já Platão, associou a felicidade à virtude não ao prazer. Segundo o filósofo, os felizes são felizes por possuírem a justiça e a temperança; os infelizes são infelizes por possuírem a maldade, chamou de felizes os que possuíam bondade e beleza. A virtude seria a capacidade de cumprir o próprio dever, ou seja, dirigir-se da melhor maneira possível. Por outro lado Aristóteles associou felicidade à bem aventurança. As pessoas felizes devem possuir três tipos de bens: os exteriores, os do corpo e os da alma. Cada qual merece a felicidade na medida da virtude, do tino e da capacidade de bem agir que possui. A felicidade é mais acessível ao sábio que se basta a si mesmo e é a isso que devem tender todos os homens. Ora outros filósofos como Kant entendem que a felicidade, por depender de condições e circunstâncias objetivas além das atitudes do homem, não pode pertencer ao homem em sua individualidade, mas só ao homem como membro de um mundo social. E embora relacionem felicidade com prazer, distinguem os vários tipos de prazer admitindo a identificação apenas com os prazeres socialmente partilháveis. Finalmente os filósofos concluem que é possível uma felicidade relativa ou fraca, considerada a única que se pode sentir e sobre a qual se pode discutir tanto em termos éticos quanto sociopolíticos (Abbagnano, 2007).

[✉] - Suely Mascarenhas - Rua 29 de agosto, 786, Centro - Universidade Federal do Amazonas, Campus Vale do Rio Madeira, LAPESAM - CEP69800-000 – Humaitá-Amazonas-Brasil - E-mail:suelyanm@ufam.edu.br

Segundo a tradição popular a pessoa feliz e a felicidade podem ser entendidas a partir das seguintes expressões e frases feitas: “Feliz é quem por feliz se tem. Feliz é quem só quer o que pode e só faz o que pode” (Santos, 2000, p. 141). E ainda:

Felicidade é não carecermos de a ter. Felicidade não é ter o que se quer, mas querer o que se tem. Feliz de quem despreza a riqueza. Feliz de quem sempre espera. Feliz de quem tem seu ninho a salvo do vendaval. Feliz e boa festa faz quem em sua casa fica em paz. Feliz e infeliz é quem tal se crê e não quem outro diz. Feliz é quem só quer o que pode e só faz o que deve. Feliz não é quem o é, mas quem se julga (Parente, 2005, p. 272).

Ainda na perspectiva filosófica, felicidade é uma aspiração comum a todos. A felicidade consiste na atividade e no exercício da função que nos é própria, e se ela acresce o nosso poder, então não existe felicidade maior do que compreender e *pensar* (Clément, Demonque, Hanse-Love, & Kahn, 1994, p. 149).

Diante dos desafios e circunstâncias do mundo atual, segundo Oliveira (2010), urge promover a felicidade e o bem-estar. A felicidade passou a ser um fenômeno também estudado por psicólogos e psicopedagogos interessados em contribuir com a ampliação da compreensão deste constructo na formação e condução do desenvolvimento humano em sentido amplo.

O conhecimento aportado pela área ainda precisa ser ampliado, se faz necessário encontrar bases científicas mais sólidas ao nível pessoal e social para compreensão do fenômeno felicidade. A felicidade é uma emoção positiva fundamental. É um constructo diferenciado e individualizado.

Cada um é feliz à sua maneira (...) para uns a felicidade dependa da eficácia, para outros da integridade ou dos valores; para uns é algo muito pessoal e íntimo, para outros baseia-se fundamentalmente na saúde, nos rendimentos, nos acontecimentos; para uns é algo duradouro, para outros efêmero. Mas parece que a felicidade deve ser considerada mais um traço estável do que um estado emocional transitório (Oliveira, 2010, pp. 31-32).

Dada à complexidade teórica do tema, bem como dos múltiplos fatores que o caracterizam, este trabalho é uma contribuição na tentativa de apoiar o estudo sistemático deste sentimento no contexto amazônico, associando-o com o exercício da cidadania e a inserção sócio econômica. Tendo em conta que tais indicadores são determinantes do desenvolvimento humano e do bem-estar pessoal e coletivo.

Existem os determinantes intrapessoais e sociais da felicidade. Deste modo, a contribuição do contexto, depende muito de onde este se situa relevando os aspectos históricos e culturais que caracterizam as sociedade humana em tempos de globalização, neoliberalismo e capitalismo.

O estudo tem por objetivo analisar medidas de felicidade dos participantes considerando o cenário de inserção socioeconômica e de acesso a serviços públicos garantidos aos cidadãos brasileiros

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa 1300 habitantes do Amazonas de 8 municípios: Humaitá 18,8%, Manicoré 22,4%, Lábrea 17,8%, Manaus 24,3%, Benjamin Constant 11,3%, Tabatinga 3,6%, Novo Aripuanã 1,8% e Tapauá 0,1%. 57,7% são do sexo feminino e 41,3% do masculino. Etnia informada 32% branca, 13% negra, 16,1% indígena e 38,9% outra. 67,7% são solteiros, 18,5% casados, 1,8% divorciados, 11,5% vivem em união estável e 0,5% são viúvos. Quanto à renda familiar 28,5% não possuem renda fixa;

22,2% dispõem de até 1 salário mínimo; 24,2% de 1 a 2 salários mínimos; 11,5% de 2 a 3 salários mínimos; 6,1% de 3 a 5 salários mínimos e 7,5% dispõem de mais de 5 salários mínimos. Quanto a prevenção e tratamento de saúde junto a instituições oficiais 49,8% já visitaram médicos; 50,2% não; 58,6% já foram a dentistas; 41,4% não. Quando à saúde mental e psicológica, 21,9% informaram que já visitaram psicólogos enquanto que 78,1% não.

Material

O instrumento utilizado para obtenção dos dados apresentados e discutidos neste texto foram obtidos a partir da aplicação da *Escala Sobre Felicidade* (Barros, 2001), Adaptada por Mascarenhas para a pesquisa em pauta. O instrumento é constituído por 19 itens. 18 itens fechados, repartidos em escala *Likert* de 5 pontos. Sendo 1: Totalmente em desacordo (absolutamente não); 2. Bastante em desacordo (não); 3. Nem de acordo, nem em desacordo (mais ou menos) 4. Bastante de acordo (sim); 5. Totalmente de acordo (absolutamente sim) e 1 item aberto para uma resposta livre sobre o tema em avaliação.

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 e dimensão. Os dados obtidos a partir do item 19 em uma questão aberta não serão apresentados neste trabalho.

RESULTADOS

Em seguida apresentamos alguns indicadores descritivos obtidos a partir dos dados da pesquisa que em linhas gerais apresentam-se como muito positivos e favoráveis ao construto de felicidade, de acordo com o propósito introdutório deste texto.

Como se verifica nos indicadores de média e desvio-padrão registrados no quadro 1, os participantes da pesquisa apresentavam, na ocasião da coleta dos dados, elevadas medidas de felicidade.

Quadro 1

Média e Desvio-padrão Escala de Felicidade Aplicada a Habitantes do AMAZONAS, 2013 (Mínimo 1, Máximo 5, N=1210)

Descrição do item	M	DP
1. Sinto-me bem comigo mesmo/a	4,08	1,11
2.Tenho um bom conceito de mim mesmo/a	4,18	1,02
3.Aceito-me como sou	4,21	1,08
4.Relaciono-me bem com as pessoas	4,20	1,01
5.Faço amigos facilmente	4,20	1,07
6.Gosto de me sentir livre	4,32	1,09
7.Controlo o ambiente em que vivo	3,67	1,26
8.Aceito o meu passado	3,72	1,37
9.Sei viver o momento presente	4,15	1,06

Descrição do item (cont).	M	DP
10.Tenho projetos para o futuro	4,49	0,95
11.Espero evoluir cada vez mais	4,61	0,83
12.Sinto-me uma pessoa feliz	4,29	1,01
13.Luto pelo meu bem-estar	4,43	0,90
14.Considero-me uma pessoa alegre	4,30	1,01
15.Sinto-me satisfeito com a vida	3,95	1,22
16.Tenho conseguido atingir meus objetivos	3,95	1,13
17.Considero-me uma pessoa cheia de esperança	4,46	0,92
18.Sou bem humorado/a	4,24	1,04

Fonte: Base de dados pesquisa, LAPESAM, 2013.

DISCUSSÃO

O resultado que demonstra que a felicidade tende a ser um constructo de ordem mais pessoal e subjetiva que social e coletiva, pois os indicadores são muito bons. Por outro lado, pondera-se que, apesar das circunstâncias em muitos dos locais pesquisados, serem consideradas limitadas em termos de acesso a bens e serviços públicos, baixo indicador de renda familiar limitando oportunidades de inserção sócio econômica, as medidas de sentimento de felicidade são elevadas. Todavia, devemos registrar que nos últimos 20 anos o Brasil tem investido em programas sociais que impactam positivamente na elevação dos indicadores de IDH com educação, saúde e renda o que provavelmente possa estar exercendo efeitos sobre o sentimento de felicidade dos habitantes do Amazonas. A avaliação da felicidade a rigor carece de mais tempo e investigações que a abordem numa perspectiva histórico-cultural e holística. Fatores sócio demográficos e contextuais devem ser correlacionados para avaliar o sentimento da felicidade, tendo em conta que o desenvolvimento humano associa-se às oportunidades educacionais, culturais e materiais do meio onde se insere. A continuidade da pesquisa aportará novos conhecimentos sistematizados acerca da temática que poderão apoiar novos estudos e trabalhos na área.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio financeiro do CNPq e FAPEAM.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de filosofia*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Clément, É., Demonque, C., Hanse-Love, L., & Kahn, P. (1994). *Dicionário prático de filosofia*. Terramar: Lisboa.
- Barros, J. (2001). Felicidade: Natureza e avaliação (proposta de uma nova escala). *Psicologia, Educação e Cultura*, 5, 289-318.
- Oliveira, J. H. B. (2010). *Psicologia positiva: Uma nova psicologia*. Porto: LIVPSIC.
- Parente, S. (2005). *O livro dos provérbios*. Lisboa: Âncora.
- Santos, M. A. M. (2000). *Dicionário de provérbios, adágios, ditados, máximas, aforismos e frases feitas*. Porto: Porto Editora.

GRUPOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA PAIS/FILHOS ADOTIVOS: AUXÍLIO PARA A CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS

Denise Sanchez Careta [✉], Ivonise Fernandes da Motta, Robson Thiago Barbosa Nakagawa,
Benedita Torres Rodrigues e Pammela M. Mattos

Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de
Psicologia Clínica. LAPECRI (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a
Criatividade) - Núcleo de Abrigos. São Paulo, Brasil.

O princípio básico é o seguinte: se um bebê não pode ser criado por seus pais biológicos, a melhor coisa seguinte para ele é ser adotado por uma família e criado como uma pessoa da família. Além disso, uma adoção legal dá à criança o sentimento de pertencer à família. (Winnicott, 1954/2005, pp. 127). É o processo maturacional inato no indivíduo que pode ser facilitado pelo ambiente. O ambiente facilitador é necessário, e, se não for “bom o suficiente”, o processo maturacional se enfraquece ou se interrompe. (Winnicott, 1963b/1999, p.61). Temos construído nossos estudos com o auxílio de alicerces sustentáveis que encontramos, por exemplo, no excerto de D. W. Winnicott, que citamos acima.

A participação do ambiente circundante ao indivíduo é fundamental para favorecer a tendência para o desenvolvimento, vinda internamente do próprio indivíduo que, por condições ambientais facilitadoras, este desenvolvimento tende a progredir. Entretanto, quando as condições ambientais em que o indivíduo está presente não são boas o suficiente para auxiliar o progresso deste potencial para a vida, as forças para o desenvolvimento podem ficar contidas dentro do indivíduo paralisando o crescimento ou até mesmo afetando significativamente a saúde mental (Careta, 2011).

Tendo em vista nossa experiência clínica, deparamo-nos frequentemente com queixas de pais pela via da adoção, as quais se apresentam repletas de aflições, incertezas, inseguranças e dúvidas sobre condutas com seus filhos, sem ter aparentemente um caminho seguro e definido a ser percorrido. Da mesma forma, filhos por adoção que ainda se sentem *abrigados* na nova família, isto é, não filiados a ela, tanto pela própria dinâmica psíquica como pela interação deficitária com o ambiente familiar.

Ainda como fruto da clínica psicanalítica, especialmente com atendimentos psicológicos a pais e filhos pela via da adoção, sublinhamos a importância do acompanhamento psicoterapêutico com pais após a adoção dos filhos, e também dos filhos. Aqui, convém abriremos parênteses para o seguinte apontamento: é significativo ressaltar a necessidade de se desenvolver também o acompanhamento psicológico durante o período que antecede o termo de guarda e de adoção, com casais e pessoas

[✉] - Denise Sanchez Careta, Núcleo de Abrigos – LAPECRI/USP, Rua das Palmeiras, 494, ap. 21. Bairro Jardim. Santo André, São Paulo. CEP: 09080-160. Brasil. E-mail: denisecareta@uol.com.br

solteiras candidatas e desejantes a adotar crianças (leis brasileiras), a fim de acompanhar as possíveis angústias emergentes, além de desmitificar idealizações que poderão intervir negativamente para o contínuo processo de construção de vínculos afetivos familiares.

Os pais, compreendidos como ambiente humano circundante à criança, apresentando-se fortalecido, poderá auxiliar a criança em seu novo lar, quanto a adaptabilidade e ao crescimento emocional. Os filhos por adoção, auxiliados pela escuta psicológica, poderão integrar o passado com o presente para assim construir o futuro com os pais recém-conhecidos.

Sem dúvida alguma, é mais saudável quando os pais adotivos podem absorver as ondas periódicas de sentimento negativo e sobreviver a elas, aproximando-se cada vez mais de uma nova e mais segura (porque menos idealizada) relação com a criança (Winnicott, 1950/2002). Muitas vezes, não é raro ouvirmos que a adoção se efetiva após a chegada da criança em seu novo lar. Pode-se dizer que, neste momento, muito diferente de um processo de finalização, a adoção está se iniciando.

Pensar a legitimidade da adoção e dos vínculos familiares significa compreender que a adoção trata-se de um processo de construção, que os vínculos afetivos se constroem pelas relações experienciadas entre a criança e seus novos pais, pela descoberta proveniente de um encontro, em que um poderá se apresentar com toda sua singularidade para o outro e, assim, constituir uma relação verdadeira. Evidentemente que a chegada de um filho é carregada de expectativas e que repercutirá um período sensível pela busca de sintonia entre pais e filhos, a adaptabilidade entre a criança e os pais, tanto com filhos biológicos e adotivos. No caso da adoção, estas expectativas podem se expandir impulsionadas pelo fato de os pais não conceberem a história inicial de vida do filho adotivo como parte integrante da criança e, com isso, as relações rumarem para um universo de conflitos e desencontros afetivos.

Com relação aos pais, no imaginário, poderão conceber uma criança, um filho, com expectativas e idealizações permeadas por identificações maciças, imagem esta totalmente distante da realidade apresentada pelo filho. Este ponto é interessante para refletirmos: *O imaginário e o real* - Vale a pena ressaltar que não estamos fazendo referência à noção de Real, Simbólico e Imaginário tal como foi cunhada e desenvolvida pelo psicanalista francês Jacques Lacan, mas buscando retratar duas formas distintas de se constituir uma relação.

Quando a imagem concebida de um filho percorre o universo das idealizações e se confronta com a realidade, ou seja, o filho visto como ele realmente *é* e pode *ser*, podemos pensar em dois caminhos: primeiro o desejado, a transformação do imaginário parental, que pela presença da confiabilidade e da tranquilidade nas relações e consequente fortalecimento dos vínculos, a idealização vai cedendo espaço para acomodar a imagem real e verdadeira do filho, a aceitabilidade do *Outro* como ele *é*. Segundo, o perigoso e preocupante: o imaginário é destruído pela ação do real e invadido por acentuadas angústias decorrentes de intensas frustrações. Os vínculos não estão fortalecidos o bastante para sustentarem a avalanche do despedaçamento da figura idealizada. É evidente que este ponto também se abrange para os filhos: os pais concebidos no imaginário distante dos pais reais.

A dinâmica do imaginário e o real se manifesta tanto em filhos biológicos como naqueles pela via da adoção, mas atrelado a isto um aspecto diferencial se destaca nos casos de adoção: o perigo da quebra do imaginário pela ação do real vinculada à história inicial do filho, anterior à adoção. Para os casos de adoção, ao ter como pano de fundo nas relações, angústias, fantasias, medos e associações imaginárias, a construção de vínculos afetivos poderá ser prejudicada e até interrompida. Fantasias associadas à

história inicial de vida da criança, anterior a ela ser membro da família por adoção, e o emergir de comportamentos expressados por ela de forma inesperada, poderão conduzir aos chamados “*fantasmas*”, aterrorizando os pensamentos dos pais e desencorajando-os a ter esperanças em prosseguir o caminho da construção dos vínculos. Um exemplo desta perigosa associação dos pais ocorre quando os mesmos associam o comportamento manifestado pela criança, muitas vezes diferente de suas expectativas, com sua herança genética ou pelo fato de ter se tornado filho por adoção: “*Será que ele fez isso por ser adotado? Será que ficará como o pai ou como a mãe biológica?*”. (Perguntas de alguns pais durante palestras e também nos grupos de acompanhamento psicológico para famílias adotivas). Essas associações poderão influir significativamente na percepção dos pais sobre o que realmente está acontecendo com o filho, pois poderá se tratar de um comportamento decorrente de uma instabilidade emocional, o que é natural durante o decorrer do desenvolvimento infantil, além de outros aspectos, mas não necessariamente sintomas decorrentes da hereditariedade ou por ter se tornado filho pela via da adoção. É bem possível que a partir deste cenário as relações afetivas familiares não prossigam em ritmo contínuo e que a filiação não seja constituída e que os pais continuarão sendo pais adotivos e filhos, filhos adotivos e não simplesmente *pais e filhos*.

A partir de o momento que os pais são auxiliados de forma a integrar os pensamentos e a minimizar o emergir de angústias e ansiedades, os mesmos se apresentam mais fortalecidos emocionalmente e próximos da realidade percebida dos fatos, sem estarem imersos em suas próprias fantasias e idealizações. Esta integração psíquica vem a facilitar a construção dos vínculos afetivos familiares, como também ajudar a criança a comunicar suas angústias, medos, inseguranças por meio da confiabilidade ambiental proporcionada pelos pais. Esta relação confiável propiciada pelos pais poderá favorecer o avanço do desenvolvimento psíquico da criança.

Os filhos, por ainda não estarem filiados afetivamente a nova família, e impulsionados pela falta de confiança nas figuras parentais, a qual ainda não construída, podem se apresentar nas relações, especialmente as iniciais, imersos por ansiedade e por sentimentos persecutórios associados ao abandono e, com isso, reagirem aos novos pais por meio de atitudes agressivas, mas que frequentemente, reagem como meio de evitar o contato com sentimentos amorosos seguidos de rejeições. Dessa forma, acreditamos que a criação de um espaço de escuta psicoterapêutica que acolha e atenda as famílias que se constituíram pela via da adoção, constitui uma medida de saúde pública, uma vez que congrega esforços técnicos visando o bem-estar da população, nesse caso as famílias formadas pelos pais e filhos adotivos, e a prevenção de estados de adoecimentos, que podem surgir em função de dificuldades, como de adaptação da família adotiva à criança.

Atualmente temos realizado o acompanhamento psicológico com os pais adotivos em grupo, o que vem se apresentando muito satisfatório, pois além dos pais se identificarem com outros pais que também vivenciam angústias e fantasias similares, presentificam-se a benéfica troca de experiências e auxílio mútuo, o *holding* (Winnicott, 1960) grupal, que vem a facilitar a elaboração de conflitos. Concomitantemente, os filhos, por adoção, são acompanhados por duas psicólogas, em sala distinta, cujo objetivo agrega a elaboração de conflitos e reflexões sobre o processo de adoção.

Dessa maneira, destacamos a importância do acompanhamento psicológico durante o período em que os pretendentes a pais adotivos detêm o termo de guarda, o qual antecede a adoção definitiva, fundamentalmente como aspecto preventivo e não somente como intervenção frente à ocorrência de conflitos familiares. Convém explicar que pelas leis brasileiras, durante o período de guarda provisória, a criança poderá ser

devolvida pelos guardiões, a qual retornará ao acolhimento, apesar de não ser este o objetivo proposto deste período, enquanto que a adoção definitiva não poderá ser revogada.

Embora oficialmente encontramos reduzido número de devoluções de crianças ao acolhimento, sabemos que este ato infelizmente ocorre. Os danos psíquicos são avassaladores para a criança que revive de forma intensa o abandono, confirmando a rejeição e a *culpa pela devolução* (Careta, 2006). A criança não poderá jamais ser equiparada a um produto que se devolve porque não gostou. Este desprezível ato reflete o despreparo de pessoas candidatas a pais por adoção e fundamentalmente a falta de acompanhamento psicológico familiar após a vinda da criança para a família.

No Brasil, embora existam algumas iniciativas de seguimentos da área da Justiça que buscam coibir a prática de devolução de crianças em período de guarda provisória, essas medidas ainda são pequenas e isoladas, necessitando de reformulações mais expressivas tanto na legislação que trata desse tema, no caso, o Estatuto da Criança e do Adolescente, bem como na cultura da população, que carrega em si uma visão idealizada desse processo. Notado, contudo, que o acompanhamento psicológico para famílias adotivas, tanto durante o período de guarda provisória como após adoção definitiva, apresenta-se benéfico tanto como medida de intervenção, frente às expressões de angústias parentais e dos filhos; como medida preventiva, esta prioritária, com o objetivo de fortalecer o ambiente familiar a fim de sustentar as possíveis instabilidades emocionais que poderão se apresentar ao longo das relações familiares, inclusive algumas manifestações comportamentais dos filhos que são naturais e inerentes ao desenvolvimento, sem qualquer relação com o fato de ter se tornado filho pela via da adoção.

Diz Winnicott (1953/2005) que:

Se a adoção transcorre bem, a história é uma história humana comum, e precisamos estar familiarizados com as perturbações e contratempos que fazem parte da história humana comum em suas infinitas variações, para que possamos compreender os problemas especialmente relacionados à adoção (p. 115).

E ainda:

A adoção ter de ser tão facilmente uma terapia, no sentido descrito aqui por mim: é ainda mais importante que os pais adotivos ajudem a criança em suas dificuldades, mais do que os pais comuns ajudam. O que quero dizer é que enquanto a criança comum é muito enriquecida pela experiência de ser ajudada até o status adulto por sua própria família, no caso da criança adotada temos de dizer que se a família se fragmenta por alguma razão, não é tanto uma questão de fracasso do enriquecimento quanto uma questão de fracasso da terapia, e o resultado provavelmente será a doença na criança, especialmente a organização na linha antissocial (Winnicott, 1953/2005, p. 117).

Assim, procuramos ressaltar a necessidade do acompanhamento psicológico com famílias adotivas, fundamentalmente com o objetivo de auxiliar a construção de vínculos afetivos entre pais e filhos e a favorecer o amadurecimento dos laços familiares: quando o sentimento de filiação se estabelece e tanto a criança quanto os pais sentem que pertencem uns aos outros, há sobrevivência da ligação, dos vínculos entre todos e, assim, constitui-se uma adoção real e verdadeira.

Breves comentários sobre o acompanhamento psicológico com famílias adotivas

Sobre os aspectos metodológicos, é válido ressaltar que o acompanhamento psicológico com famílias adotivas implica na realização de dois grupos psicoterapêuticos simultâneos, em salas distintas, com dois psicólogos com cada grupo, sendo um grupo destinado a pais, somente pela via da adoção e o outro, para filhos,

também pela via da adoção, neste último para crianças até dez anos. Estes atendimentos conjugados estão sendo realizados há um ano. A participação mínima nos grupos psicoterapêuticos requer pelo menos um ano, podendo dar continuidade a critério dos participantes e por indicação dos psicólogos. Os encontros, fundamentados pela Psicanálise, à luz dos pensamentos de D. W. Winnicott, com duração de uma hora e meia cada um, são desenvolvidos com frequência quinzenal. A proposta clínica reside na abordagem dos fenômenos emergentes com articulação à temática da adoção.

O cenário frequente que ressaltava no grupo dos pais ilustrava o predomínio de angústias, principalmente as depressivas, com ênfase às angústias de abandono e de separação. Encontramos de maneira similar no grupo dos filhos o predomínio dessas angústias. Os pais, inicialmente apegavam-se ao abandono que os filhos tinham vivido e, com o avanço dos encontros, traduziam as angústias de abandono se apropriando da própria dor, descreviam múltiplos abandonos sofridos, da maternagem pela via biológica, por inúmeras tentativas de gerar um filho, as quais frustradas, de sentirem-se culpadas e rejeitadas pela ausência da fertilidade, ainda que não tivessem diagnósticos afirmativos para isso, e de momentos marcantes da própria infância, especificamente da relação com suas mães.

As angústias de separação rondavam e surgiam em relatos sobre incertezas quanto ao futuro, especialmente o crescimento dos filhos, que estava atrelado à ameaça da substituição da mãe pela genitora: *“Tenho medo de na adolescência ela queira conhecer a genitora”*, cuja ambivalência defendia tal encontro: *“Acho que se eu fosse ela queria conhecer minhas origens”*... *“Se ele quiser, vou levá-lo para conhecer a genitora”*. O grupo se posicionava e refletia sobre o quanto é ameaçador saber que o filho foi gerado por outra pessoa e este fato repercutia em sentimentos persecutórios, acompanhados por estados depressivos.

O grupo infantil retratava com homogeneidade e de maneira similar ao grupo dos pais, intensas angústias depressivas, destacando as de separação e de abandono. Durante os jogos criados pelas crianças, revelavam situações compostas por separações, seguidas por sofrimento. As cenas propostas indicavam situações de abandono, de incertezas quanto à confiança no outro. As crianças se assemelhavam quanto à interação sobre a temática de rompimentos e também quanto à necessidade imediata de promover ligações, seja com as psicólogas, e mesmo entre si.

Interessante que após brincadeiras de rompimentos as crianças construam objetos, os quais de papel e utilizando cola em abundância, massinhas, do tipo escudos, espadas, cinturões, com a finalidade de se tornarem fortes, e com auxílio de elementos que as tornassem capazes de lidar com adversidades. Esta construção defensiva sinalizava que, no ambiente psicoterapêutico, as crianças podiam experimentar situações de rompimentos com auxílio de mecanismos criados por elas que as habilitavam para o enfrentamento de angústias emergentes.

A temática sobre a adoção ganhava profundidade a cada encontro, tanto com os pais como nos filhos. Os pais questionavam como deveriam abordar a história inicial de vida dos filhos, mostrando-se frágeis frente às experiências de abandono sofridas pelos filhos. Choravam, retratavam experiências pessoais sobre sentimentos de abandono, acompanhadas por expressivos sentimentos de ódio. Enquanto que no grupo infantil, despertavam-se interesses em ouvir histórias sobre adoção, primeiramente com personagens imaginários, criados pelas psicólogas, e no decorrer dos encontros, as crianças verbalizavam sobre elas terem sido adotadas, expressando de maneira *manifesta* satisfação pela família adotiva e, de maneira *latente*, nos jogos e encenações, expressões de ódio, com personagens ilustrados, do tipo bruxas, que deveriam ser

destruídas por terem causado algum mal às crianças, possivelmente, pela *transferência*, aspectos primitivos que emergiam no *setting* psicoterapêutico.

Importante semelhança entre os grupos de pais e filhos residia na fixação da relação *dual* - em que só existe a relação mãe-bebê, *os dois formam um*, o terceiro (pai) ainda não é incluído. Ainda não se revelavam evoluções na dinâmica do desenvolvimento emocional dos participantes, cuja referência encontrada na teoria de Winnicott é descrita como *dependência absoluta* - Segundo Winnicott (1963a/1983), nos momentos mais primitivos de vida, o bebê depende inteiramente dos cuidados maternos e não os reconhece como vindos da externalidade. De maneira similar, encontramos o *congelamento* do desenvolvimento emocional tanto com os pais, como nos filhos. O terceiro elemento permanecendo excluído e, normalmente, refere-se ao pai e, no ambiente psicoterapêutico, ao psicólogo.

Esta relação intensa de parceria parecia carregar medos, cuja origem, para os pais, pode estar arraigada em fantasias quanto à perda de amor. O discurso recorrente abrange a dificuldade de nomear sentimentos de ódio em relação ao filho. Parece que o sentimento de ódio cinde para ser referendado à genitora, enquanto que a mãe, pela via da adoção, deve viver a exigência do *amor incondicional*, tão popularizado pela mídia e pelos órgãos competentes. Temos observado que os sentimentos hostis são mais difíceis para ser nomeados e assumidos, os quais, muitas vezes, são deslocados projetivamente para outras situações.

Enquanto que para os filhos, comunicavam com ênfase o sentimento de ódio, entretanto, organizavam situações dissociadas para ilustrar aspectos primitivos sendo ruins e a necessidade de seguir por novas situações, abastadas por afeto e cuidados. Por exemplo, a casa que é ilustrada como ruim, inclusive pela aparência, é apontada como a primeira vivência, com relacionamentos marcados pelo sentimento de ódio, e aquela mais bem estruturada, também pela aparência, é escolhida para a nova morada da personagem tratada.

Dessa maneira, quanto ao sentimento de ódio, notou-se que, em ambos os grupos, a dissociação é utilizada como recurso para não odiar aquele com o qual se pretende fazer ligações. A dualidade mãe-filho não deve ser “quebrada” por sentimentos que despertem raiva. A partir disto, procurou-se abordar a possibilidade de vivenciar todo e qualquer sentimento com aquele que é amado, isso porque há amor na relação, o qual não sofrerá decréscimo pela invasão, por exemplo, da raiva. Consideramos que a aquisição da ambivalência requer intenso trabalho psicoterápico, ao longo do tempo, porque a desconfiança na capacidade de amar está intrínseca nestes relacionamentos.

O grupo de pais ilustra como censura a seus impulsos de raiva o fato de seus filhos terem sofrido o abandono real, vendo-os frágeis, sofridos e também não querem ser assemelhados aos genitores: “*eles já sofreram tanto*”, e ainda: “*não quero ser como a biológica*”. Admitir o sentimento de ódio implicaria na confiabilidade no amor, de maneira mútua. Contudo, a relação exige que os vínculos afetivos estejam consistentes, o que envolve tempo de relacionamento familiar.

Os filhos projetam nas brincadeiras infantis relacionamentos que são incorporados pelo sentimento de ódio. As cenas escolhidas por eles quase sempre ilustravam a relação com pessoas que abandonam, matam, são ruins, no entanto, a relação estabelecida com os *pais reais* (não os internalizados) revelava, na maioria das vezes, a submissão. O medo de perder o *relacionamento real* com os pais quase sempre emergia por sintomas paranoicos. A relação vincular que poderá ser construída agora com a nova família poderá auxiliar para a integração dos afetos, tanto amorosos como hostis, sustentados pela confiança desenvolvida, visto que as primeiras relações primitivas destes filhos foram experimentadas de forma prejudicada, cujo pensamento está referendado pelo

fato de ter ocorrido a necessidade de esses filhos terem vivido a separação real do lar de origem, por ter sido maléfico sob algum aspecto (violência, maus tratos, negligência, entre outros). Na medida em que pais e filhos podiam expressar os afetos, tanto amorosos como hostis, por meio dos relatos, no grupo dos pais e ludicamente, no grupo infantil, percebemos que estavam mais confiantes na relação vincular familiar. Os medos acerca dos relacionamentos construídos pela via da adoção estavam autorizados para exteriorização, minimizando o nível de ansiedade.

Outra situação interessante se refere aos relacionamentos despertados entre os participantes dos grupos, seja o de pais como o de filhos. As expressões de cuidados com o outro ficavam evidentes a cada encontro, os pais organizavam caronas, promoviam encontros sociais fora do contexto psicoterapêutico, amparavam no momento em que determinado participante se angustiava; os filhos, aceitavam as brincadeiras sugeridas por um determinado participante, as criações que eram elaboradas e confeccionadas com papéis e massinhas surgiam a partir de ideias compartilhadas. Com o decorrer dos encontros, os participantes permitiram-se expressar também sentimentos hostis em direção aos integrantes dos grupos. Por exemplo, quando uma mãe relatou que não revelara para o filho que a aproximação de ambos se constituiu pela via da adoção. Os participantes se identificaram com o filho citado e expressavam sentimentos de ódio em relação a aquela mãe. Inicialmente reagiam incentivando a revelação e, com o decorrer dos encontros, os sentimentos de ódio podiam ser manifestados em direção a ela. Outros sentimentos ganhavam espaço e se revelavam, tais como o de inveja e rivalização. No grupo de pais, uma das participantes engravidou, após várias tentativas frustradas e aceitação da adoção, pois já era mãe por adoção. Os demais integrantes reagiram com inveja. Os sentimentos destrutivos se apresentavam potentes. O grupo reconheceu que atacava aquela participante que engravidara, e esta, por sua vez, manifestava sentimento de culpa, como traição ao grupo e sentindo que não mais pertencia ao grupo. As angústias foram nomeadas e os sentimentos definidos, pôde-se abordar todo e qualquer sentimento presentificado. O grupo discutia a impotência e a inveja. Vários encontros foram necessários para elaboração dos conflitos. A barriga que crescia foi aceita e incluída pelo grupo, e perceberam como o caminho que percorrem com a adoção ganhava o mesmo sentido: a necessidade de aceitação e inclusão.

Com o grupo infantil, além de relações compartilhadas entre as crianças no tocante à adoção, com o seguimento do tempo, percebemos as reações de inveja, rivalização e tentativas de controle. As crianças não só aproveitavam as ideias das outras, mas queriam possuí-las, rivalizavam pelo objeto que era construído por algum integrante, e diante de possíveis angústias despertadas, colocavam as psicólogas no papel de escolher qual a ideia e brincadeira era mais dotada de sentido. À medida que as psicólogas vivenciavam o que era projetado nelas, pôde-se conversar sobre os sentimentos de disputa que eram despertados, principalmente quando emergiam as angústias de separação. Por exemplo, quando uma das psicólogas se afastou por um tempo, curto período, dos atendimentos, permanecendo somente uma psicóloga, o grupo não realizava as brincadeiras em conjunto, partiu para a separação e os integrantes disputavam e rivalizavam. As separações eram sentidas como perdas reais, possivelmente totais, nas fantasias. Muito se tem a dizer. Experiências valiosas que justificam as práticas psicológicas. Porém, dando continuidade a nossas reflexões, passemos para a finalização deste relato de experiência com a interlocução da clínica e a adoção.

DISCUSSÃO

Pais e filhos vivenciaram vastas experiências nos grupos e variados sentimentos, no início, censurados, possivelmente pelo frágil relacionamento afetivo que conseguiam desenvolver entre eles. O espaço de escuta psicológica tornou-se um ambiente que continha as emoções despertadas e compreendia todo e qualquer sentimento humano. A possibilidade de contato com os afetos, amorosos e hostis, permitiu que a via de constituição familiar em questão, a adoção, aproximasse da realidade dos fatos, considerando as conquistas em formar uma família e também os percalços inerentes.

Segundo os relatos dos pais, estavam conversando com mais frequência sobre a adoção com os filhos, sendo os últimos os disparadores para iniciar o diálogo. Perguntas ensaiavam a proximidade com o veículo que impulsionou a criação de uma família: a adoção. Estas perguntas realizadas pelos filhos, tais como: “*Por que fui adotado?*”, ou ainda: “*Meu irmão vai ser adotado?*”, “*E a mãe de barriga?*”, ganharam mais espaço e os pais se avaliaram com maiores recursos para responder às questões apresentadas pelos filhos.

É relevante que a adoção possa ser discutida em sua íntegra, em que sentimentos sejam autorizados a se apresentarem, com os pais e também com os filhos. A relação vivida de maneira real, fidedigna, com alteridade, constitui a base para a vinculação afetiva, o que rege a parentalidade não consanguínea, mas também essencial nas relações familiares consanguíneas.

Concluímos que os pais se assemelham quanto aos medos e fantasias acerca do futuro a ser construído com os filhos, especialmente pelo fato de os filhos possuírem históricos familiares diferentes deles. Observamos o predomínio das angústias depressivas, tanto pelas tentativas frustradas pela maternagem biológica, como também por intensas vivências infantis atreladas a angústias de separação.

Os filhos, por meio da ludicidade, aproximaram-se de maneira homogênea do contato com as angústias, também as depressivas, especialmente as de abandono e de separação. Aspectos agressivos direcionados a vivências primitivas foram experimentados durante os encontros, ainda que por meio de projeções. A temática sobre a adoção foi discutida no grupo com maior continência e aceitação.

Dialogar com uma teoria que privilegia o ambiente como facilitador ou não para o desenvolvimento emocional da criança, como tão bem defendida por Winnicott, foi essencial para compreendermos o ser humano e seus processos psíquicos quando estão envolvidos com a adoção, quando constituem uma família pela via da adoção. Winnicott se debruçou ao estudo da vida emocional de crianças quando separadas de seus lares, na época em virtude da guerra, e os malefícios para a vida psíquica que poderá se paralisar e não continuar o desenvolvimento esperado pela natureza humana, quando o ambiente circundante não favorece ao desabrochar das potencialidades inatas do ser humano. Dessa maneira, as ideias desse autor pôde sustentar nosso estudo sobre crianças que sofrem privações, violência e carência de afeto parental e se incluem em relacionamento familiar pela via da adoção. E, também, auxilia-nos a compreender os adultos que sofrem por impedimentos reais ou emocionais de constituírem uma família pela via biológica, que sentem-se abandonados por não tornarem-se pais, no entanto, procuram por outra via, no caso a adoção, para constituir uma família.

Por fim, concluímos que os grupos psicoterapêuticos com famílias adotivas, desenvolvidos simultaneamente com pais e filhos, exclusivamente pela via da adoção, com abordagem psicanalítica, ancorada nas ideias de Winnicott, foram eficazes como espaço de escuta e possibilidade de elaboração de conflitos, ainda que desenvolvidos com frequência reduzida. Indicamos a realização dos grupos psicoterapêuticos para pais e filhos por via da adoção, como medida facilitadora para auxiliar a construção de

vínculos afetivos e sentimentos de pertencimento na família recém-formada, de maneira preventiva, quando o relacionamento familiar não apresenta intensos conflitos que necessitem de acompanhamentos psicológicos com maior frequência e com enquadre individualizado.

REFERÊNCIAS

- Careta, D. S. (2006). *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-16112006-165108/pt-br.php>
- Careta, D. S. (2011). *Quando o ambiente é o abrigo: cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-14062011-161730/pt-br.php>
- Winnicott, D. W. (1950). A criança desapossada e como pode ser compensada pela falta de vida familiar. In D.W. Winnicott (Ed.), *Privação e Delinquência* (3ª ed.) (A. Cabral, Trad.), (pp. 206-207). São Paulo, SP: Martins Fontes, 2002.
- Winnicott, D. W. (1953). Duas crianças adotadas. In D.W. Winnicott (Ed.), *Pensando sobre crianças* (2ª ed.) (M. A. V. Veronese, Trad.) (pp. 115-125). Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1954). Armadilhas na adoção. In D.W. Winnicott (Ed.), *Pensando sobre crianças* (2ª ed.) (M.A. V. Veronese, Trad.) (pp. 126-130). Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.
- Winnicott, D. W. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trad.), (pp. 38-54). Porto Alegre, RS: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963a) Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trad.) (pp. 79-87). Porto Alegre, RS: Artmed, 1983.
- Winnicott, D. W. (1963b). O valor da depressão. In D.W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa* (3ª ed.) (P. Sandler, Trad.), (pp. 59-68). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999.

QUALIDADE DE VIDA E DIFICULDADES DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA MENTAL

Helena Figueira da Silva 1, Maria Cristina Faria[✉] 2 e Maria Manuela Pereira 3

1-ULSBA – Centro de Saúde de Castro Verde, Castro Verde, Portugal; 2- Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação, Beja, Portugal; 3- Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde, Beja, Portugal

O envelhecimento da população é um dos fenómenos demográficos mais inquietantes das sociedades do século XXI. Este é um fenómeno que tem influências notórias a nível socioeconómico com impacto direto nas políticas sociais e de saúde. Os resultados provisórios dos Censos de 2011 sobre as características demográficas da população portuguesa revelaram que o envelhecimento desta sofreu um aumento substancial na última década. No nosso país em 2011, 19% da população residente tinha 65 ou mais anos. Este valor contrasta com os 16% verificados em 2001, e os 8% verificados em 1960. Em Portugal, o Alentejo apresenta um índice de envelhecimento de cerca de 3,2, o mais elevado do país (INE, 2011). Segundo a DGS (2004), existem inúmeras situações de dependência por parte de idosos que necessitam de resposta eminente do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente as patologias crónicas, sendo as mais frequentes as patologias do foro auditivo e visual (que não são habitualmente valorizadas), problemas de saúde oral (os quais levam a casos de deficiente nutrição, e em casos mais extremos ao isolamento), afetando o equilíbrio bio-psico-social do idoso. Ainda segundo a mesma fonte a presença de doenças do foro mental tem igual importância. A prevalência da demência aumenta de cerca de 1% aos 65 anos para os 30% aos 85, dentro desta categoria encontra-se a doença de Alzheimer cuja incidência é maior na população do sexo feminino. Assim, e tendo em conta esta situação de vulnerabilidade e de dependência surge a figura do prestador de cuidados informais que tem um papel extremamente importante mas ao mesmo tempo bastante complexo.

Tendo presente que a atividade de cuidar informal significa largos períodos de tempo, desde meses até anos, cuidando de noite e de dia, fazendo também diversas tarefas/ atividades, o acompanhamento da pessoa doente, leva a que estes cuidadores disponham de pouco tempo para si próprio e para as suas relações sociais, levando muitas vezes a situações de stresse que podem contribuir para a deterioração da sua saúde física e mental (Molina & Agudelo, 2006). Para Sequeira (2010), existem alguns factores que são determinantes para a existência de repercussões a nível do cuidar principalmente a perda de liberdade, incapacidade de usufruir de tempos livres, de lazer, de férias, de fins-de-semana, sobrecarga de trabalho e, muitas vezes, o ter de assumir

✉ - Maria Cristina Campos de Sousa Faria, Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Educação, Rua Pedro Soares, 7800-295 Beja, Portugal, mai- mcfaria@ipbeja.pt

tarefas nunca antes realizadas; desconhecimento sobre a forma como a doença se manifesta e a forma de lidar com essas manifestações; dificuldades financeiras; presença de alterações psicopatologias, entre outras. O cuidador deve, por isso, também ser visto como uma pessoa que pode necessitar de apoio para resolver algumas dificuldades que possam surgir, uma vez que se este não estiver bem física e mentalmente a pessoa a seu cargo também não será inteiramente bem cuidada, pois ninguém consegue cuidar de outro se não se sentir também ele cuidado e bem a todos os níveis.

Os profissionais de saúde que desempenham funções a nível da intervenção comunitária lidam, diariamente, com este tipo de situações e sentem a necessidade e a preocupação constante de dar uma melhor resposta a esta população específica. Este trabalho de investigação pretende conhecer a qualidade de vida dos cuidadores informais de pessoas com 65 ou mais anos, com patologia do foro mental, que residem no concelho de Castro Verde, e quais as suas principais dificuldades, e tem como finalidade a viabilização de uma proposta de plano de intervenção junto dessa população com o intuito de minimizar/ ultrapassar essas mesmas dificuldades.

Barreto (1991,290) define o envelhecimento como o “conjunto de modificações que decorrem do avançar na idade para além da fase da maturidade”, e é ainda, para o mesmo autor, um processo inverso de desenvolvimento, uma vez que neste ocorre o crescimento do ser vivo, com o aparecimento de características de fundo genético próprias a cada ser humano. Após um ponto em que organismo atinge o seu máximo começa a observar-se uma diminuição progressiva das capacidades físicas e mentais, considerando este que se trata de um processo de involução.

Vários autores têm sentido uma preocupação crescente com a temática do envelhecimento e das doenças mentais, nomeadamente as demências. Como se sabe o próprio envelhecimento leva ao aparecimento de algumas alterações mnésicas, o que pode por vezes mascarar quadros mais graves, levando a que o diagnóstico dos diversos tipos de demência seja muitas vezes um diagnóstico tardio.

As síndromes demenciais têm início, na sua maioria, após os 65 anos. O aumento da esperança média de vida nas últimas décadas levou ao aumento da prevalência destas síndromes na Europa Ocidental para os 5,4% após os 60 anos de idade. Atualmente existem mais de 6 milhões de pessoas com demência na União Europeia e 24 milhões em todo o mundo (Ferri et al., 2005; Georges et al., 2008, cit. in Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011). Em Portugal, segundo um estudo epidemiológico realizado por Nunes, Silva, Cruz, Roriz, Pais e Silva (2010, cit. in Gonçalves-Pereira & Sampaio, 2011) a prevalência de demências aponta para valores de 2,7% em pessoas entre os 55 e os 79 anos de idade.

Toda a ação do cuidar leva a uma ligação entre duas pessoas, quem cuida e quem recebe o cuidado e à interação significativa e um intercâmbio de mensagens entre elas (Cibanal, & Arce, 1991, cit. in Molina, & Agudelo, 2006). Quando se fala em prestação de cuidados informais é também necessário saber quem são esses cuidadores, bem como a sua caracterização, para que possamos compreender quem são essas pessoas que prestam cuidados a outros, dando tanto de si próprios e do seu tempo.

Segundo a literatura o perfil do prestador de cuidados a idosos dependentes pode ser definido por este ser do sexo feminino com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos de idade, com relação de parentesco (esposas ou filhas) e sem estudos primários (Ocampo et al., 2006). Esta questão é facilmente compreendida pelo facto que o cuidar está social e culturalmente atribuído à mulher. É a ela que cabe o cuidar da familiar. Ao longo dos tempos, e apesar das alterações ocorridas na família tradicional e do acumular funções laborais, a mulher nunca se demitiu destas funções, sendo ela, que em caso de

necessidade dos seus familiares, prestam auxílio e os ajudam nas suas atividades de vida diárias.

Como é sabido a pessoa responsável por prestar cuidados à pessoa idosa é também ela muitas vezes idosa acarretando com ela também problemas de saúde (Ekwall, Sivberg, Hallberg, 2007). Georges et al., 2008, cit. in Gonçalves-Pereira, & Sampaio, 2011), através da realização de um estudo epidemiológico chegaram à conclusão que em casos graves de demência 50% dos cuidadores informais dedicavam 10 ou mais horas do seu dia à prestação de cuidados, e 83% consideravam insuficientes ou inadequados os serviços disponíveis. Segundo os autores, Portugal não foge a esta realidade, e a generalidade de cuidadores informais de pessoas com demência são familiares dessa mesma pessoa. A função de cuidar tem estado ao longo do tempo vinculada à família, preferencialmente pelos familiares do sexo feminino (Sequeira, 2010). Assim, para o mesmo autor, o cuidador informal é normalmente o familiar mais próximo do doente, que se responsabiliza pela totalidade da prestação de cuidados.

A par desta caracterização importa ainda compreender quais as razões que levam o prestador de cuidados a aceitar esse papel. Segundo um estudo realizado por Sequeira (2010) as razões identificadas para a adoção do papel de cuidador são as seguintes: Por iniciativa própria (61%); Por decisão familiar (18%); Por ser a única pessoa que podia cuidar (12%); Por solicitação da pessoa dependente (3%); Não souberam especificar (3%).

O estudo realizado por Molina e Agudelo (2006) concluiu que os cuidadores familiares são uma valiosa ajuda para a sociedade, assumindo o cuidado do idoso em situação de dependência ou limitação física ou psicológica. Num estudo realizado por Cruz, Loureiro, Silva e Fernandes (2010) constatou-se que existem vários motivos para a aceitação do papel de cuidador informal, entre eles o grau de parentesco, o género, a proximidade física e a proximidade afetiva. Nesse mesmo estudo de revisão, foram também identificadas as principais dificuldades do cuidador entre as quais se evidenciam a exigência inerente ao ato de cuidar, principalmente a nível de cuidados de higiene e conforto, e cuidados a nível de posicionamentos. Outros obstáculos à prestação de cuidados informais, observados nesse estudo, prendem-se com as dimensões físicas, psicológicas, sociais, agravamento do estado de saúde do idoso, sentimentos de prisão, solidão, tristeza, culpa e aumento de stress levando a patologias do foro mental. Outra dimensão apresentada neste estudo foram as estratégias de *coping* utilizadas pelo cuidador informal em que se destacam o controlar de emoções, o encarar a vida por etapas, lembrar bons momentos partilhados com o idoso e procurar características positivas da situação. Assim, pode concluir-se que os prestadores de cuidados são na sua grande maioria mulheres, com relação de parentesco com a pessoa a quem prestam cuidados, que dedicam mais do que 10 horas do seu dia a essa mesma prestação e que não se sentem suficientemente apoiadas pelo serviço formal de prestação de cuidados.

O cuidar é tradicionalmente definido como ajudar a outra pessoa nas suas atividades pessoais diárias de vida ou atividades instrumentais do dia-a-dia, no entanto podem também ser incluídos outros aspetos (Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2004). Segundo a literatura científica sobre os cuidadores informais de pessoas idosas, podem existir dois tipos de cuidados prestados: cuidados instrumentais (cozinhar, limpar, arrumar...), e cuidados pessoais (ajuda nas actividades de vida, higiene, alimentação...)(Ekwall, Sivberg, & Hallberg, 2004). O papel do prestador de cuidados informais é complexo, uma vez que existem inúmeras funções com que este se vê confrontado a realizar, sendo de destacar: Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso e os serviços de saúde; Promover a autonomia e independência; Promover um

ambiente seguro no domicílio e no exterior; Adaptar o ambiente de modo a prevenir acidentes; Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado; Promover a participação/ envolvimento familiar; Supervisionar a atividade do idoso; Estimular a manutenção de uma ocupação/atividade; Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida.

Prestar cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso (Sequeira, 2010). Assim, o prestador de cuidados informais vê-se confrontado com uma enorme variedade de tarefas, em que necessita de ajuda ou até mesmo substituem a pessoa que recebe o cuidado nas suas tarefas de vida diária. Essa ajuda não se trata apenas de assistência pontual, tendo o prestador de cuidados uma presença constante ao lado do seu familiar, levando necessariamente a alterações nas suas rotinas diárias e até mesmo a nível da sua qualidade de vida.

O objetivo do estudo é conhecer a qualidade de vida e as principais dificuldades do prestador de cuidados da pessoa idosa com patologia do foro mental.

MÉTODO

Esta investigação é um estudo observacional, descritivo e transversal, tendo como objetivo conhecer quais as principais dificuldades e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados informais de idosos com doença mental, tendo em vista a viabilização de uma proposta de projeto de intervenção comunitária para colmatar as necessidades diagnosticadas.

Participantes

Participaram neste estudo de investigação 18 cuidadores informais de idosos com doença mental, todos eles pertencentes ao concelho de Castro Verde. Os participantes do estudo são na sua maioria mulheres (94,4%), casados (61%), que possuem o primeiro ciclo de escolaridade (55,5%), e que estão na sua maioria reformados (66,7%). Estes apresentam idades compreendidas entre os 37 e os 90 anos de idade ($M = 66,89$).

Material

Neste estudo optou-se pela utilização de três instrumentos de recolha de dados. Em primeiro lugar aplicou-se um questionário com a finalidade de se recolher algumas variáveis sócio biográficas para se proceder à caracterização destes. Foram ainda utilizados o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Brito, & Barreto, 2000), e a Escala de Avaliação de Qualidade de Vida Breve (WHOQOL Bref) (Canavarro, Pereira, Mareira, & Paredes, 2010).

Procedimento

Os participantes tiveram como critérios de inclusão: Serem cuidadores informais de pessoas com 65 ou mais anos com patologia do foro mental; Terem mais de 18 anos de idade; Aceitarem participar no estudo de livre e espontânea vontade. Os participantes foram escolhidos através da indicação verbal das Enfermeiras de Família e Enfermeiras de Intervenção Comunitária da UCSP de Castro Verde. Estes foram inicialmente contactados telefonicamente com a finalidade de lhes ser explicado o estudo e, com os que se mostraram disponíveis para participar, combinou-se de imediato a data da visita domiciliária para a recolha de dados. Aquando da visita domiciliária foi-lhes explicado a finalidade e objetivos do estudo, os instrumentos que iriam ser aplicados, sendo também assinado o consentimento informado. Nas situações em que não foi possível aplicar todos os instrumentos de avaliação num primeiro contacto, foi marcada nova visita domiciliária, de acordo com a disponibilidade do prestador de cuidados. As visitas domiciliárias tiveram a duração aproximada de 60 a 90 minutos cada, dependendo da

conversa informal estabelecida com os inquiridos. Os dados, apresentados foram informatizados e trabalhados com a utilização do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.

RESULTADOS

Apresentamos de seguida todos os dados obtidos após a aplicação dos instrumentos de recolha de informação utilizados.

Todos os prestadores de cuidados referiram apenas cuidar de 1 pessoa com idade igual ou superior a 65 anos e cumulativamente com presença de doença do foro mental. No que diz respeito ao género os dezoito recetores de cuidados eram seis do género feminino e seis do género masculino, com idades compreendidas entre os 70 e os 97 anos, sendo a média de idades de 84 anos. Quanto à patologia do foro mental foram apenas descritos dois tipos de demências, a demência vascular (doze indivíduos) e a doença de alzheimer (seis indivíduos). Em relação à questão *“Há quanto tempo presta cuidados”* verificou-se que a média de anos de prestação de cuidados é de 4,5 anos, havendo uma oscilação de valores entre os 8 meses e os 9 anos. Quanto à relação de parentesco existente entre o prestador de cuidados e o recetor dos mesmos, podemos verificar que todos são familiares (9 filho(a); 7 esposo(a); e 2 irmão/irmã). No que diz respeito ao tempo médio diário de prestação de cuidados os inquiridos responderam que passam entre 3 a mais de 8 horas diárias a realizar tarefas inerentes à prestação de cuidados, sendo que a maior percentagem (77,78%) passa mais de 8 horas do seu dias prestando cuidados ao outro. Quanto à questão se existe ou não coabitação entre o prestador e o recetor de cuidados 15 coabitam e 3 não. No que diz respeito à questão *“Recebe apoio de alguém?”* 55,56% dos cuidadores refere que não recebe apoio de nenhuma pessoa, contrastando com 44,44% que referem receber apoio de outras pessoas da família (mãe, irmãs, empregada doméstica). Já quando questionadas sobre se recebem ajuda por parte de instituições (cuidadores formais), as percentagens são inversas, 55,56% referem receber ajuda por parte de Lares nas valências de apoio domiciliário (80%) e centro de dia (20%), já 44,44% referem não receber ajuda de nenhuma instituição. Dos prestadores que recebem ajuda de instituições a nível de apoio domiciliário referem que esse apoio é a nível da alimentação (12,5%) e dos cuidados de higiene e mobilizações (87,5%).

A última questão remetia-se para *“Quais as principais dificuldades sentidas em relação ao cuidar”* (Quadro 1). Como se pode observar apenas 1 dos inquiridos não revelou sentir alguma dificuldade inerente à prestação de cuidados. As dificuldades reportadas remetem-nos para a higiene e mobilizações, cansaço físico e psicológico, e uma preocupação constante por parte destes por deixarem o recetor de cuidados sozinhos quer durante a noite quer durante o dia, com medo do que estes possam fazer a si próprio e a outros.

A média e desvio padrão das respostas às questões do instrumento de avaliação CADI podem ser observadas no Quadro 2 abaixo representado. Para uma melhor visualização dos resultados obtidos foram dados pontos às respostas dos inquiridos. Assim para *“Não aconteceu no meu caso”* atribuiu-se a cotação 1, a *“Isto acontece no meu caso e sinto que: Não me perturba”* 2, a *“Isto acontece no meu caso e sinto que: Causa-me alguma perturbação”* 3, e finalmente a *“Isto acontece no meu caso e sinto que: Perturba-me muito”* 4.

Quadro 1–
Principais dificuldades sentidas em relação ao cuidar

Par.	Respostas
1	“Fazer tarefas domésticas a que não estava habituado”
2	Fazer a higiene durante a noite sem ajuda
3	“Tudo” “não sei explicar” Não poder sair de casa sem levar a mãe, e não fica “descansada” quando não está ao pé dela
4	“Acordar de noite e ter de fazer a higiene sozinha sem ajuda”
5	Trocar as fraldas, fazer a higiene
6	Dificuldades a nível da mobilização devido ao peso e “tenho dificuldade em fazê-lo perceber o que precisa de fazer”
7	A nível da locomoção, por ser uma pessoa com excesso de peso
8	Falta de apoio mais específico quando surge alguma dificuldade
9	Dificuldades na mobilização devido a excesso de peso, e dificuldade na compreensão do que lhe é dito devido à doença
10	Cuidados de higiene mais complexos
11	Dores físicas, nas costas e pernas
12	“cabeça cansada”, e dores físicas
13	Nenhuma
14	Muito cansaço a nível físico
15	“Sinto que não consigo descansar porque a preocupação com ele é constante”
16	“Preocupação constante” “Deixá-la sozinha de noite” receia também que devido aos períodos de desorientação a sua mãe saia de casa sem avisar.
17	Stress quando há por parte da recetora de cuidados recusa alimentar
18	Dificuldades a nível das mobilizações.

Par. -Participante

Quadro 2
Domínios do instrumento de avaliação CADI

DOMÍNIO	QUESTÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Problemas relacionados com o idoso	Q5	2,64	1,28	1	4
	Q11	1,83	1,04	1	4
	Q12	1,11	0,47	1	3
	Q14	2,28	1,18	1	4
	Q22	2,17	1,15	1	4
	Q25	1,56	0,92	1	4
	Q26	1,28	0,57	1	3
Reações à prestação de cuidados	Q1	2,42	1,04	1	4
	Q2	2,64	1,18	1	4
	Q3	2,49	1,25	1	4
	Q9	1,80	1,15	1	4
	Q17	1,78	1,00	1	3
	Q19	2,78	1,06	1	4
	Q29	2,96	1,29	1	4
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	Q30	1,17	0,51	1	3
	Q6	2,59	0,59	1	4
	Q10	3,06	1,11	1	4
	Q13	3,22	0,65	2	4
	Q15	2,11	1,13	1	4
	Q23	2,61	1,20	1	4
	Q24	2,61	1,20	1	4
Restrições na vida social	Q8	2,74	1,04	1	4
	Q18	2,39	0,85	1	3
	Q20	2,39	1,33	1	4

Falta de apoio familiar	Q16	2,28	1,18	1	4
	Q28	1,94	1,11	1	4
Falta de apoio profissional	Q7	1,89	0,94	1	4
	Q27	1,67	0,84	1	3
Problemas Financeiros	Q4	1,29	1,07	1	3
	Q21	2,39	1,14	1	4

Após a análise do Quadro 2 pode constatar-se que as questões que obtiveram uma maior pontuação, sendo as que mais preocupação causam, foram a Q10 e Q13 sendo elas respetivamente “*Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família*” e “*A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais*”. Já as que obtiveram uma menor pontuação, e consequentemente as que menos preocupam estes prestadores de cuidados, ou que nem acontece no seu caso foram as Q11, Q30 e Q4, sendo respetivamente “*Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim*”, “*Esta situação faz-me sentir culpado*”, “*Traz-me problemas de dinheiro*”.

Quadro 3

Pontuações obtidas nos domínios do CADI

Domínio	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
1. Problemas relacionados com o idoso	1,85	1,07	1	4
2. Reações à prestação de cuidados	2,24	1,19	1	4
3. Exigências de ordem física da prestação de cuidados	2,71	1,14	1	4
4. Restrições na vida social	2,54	1,09	1	4
5. Falta de apoio familiar	2,11	1,14	1	4
6. Falta de apoio profissional	1,81	0,89	1	4
7. Problemas financeiros	1,86	1,05	1	4

Em relação aos domínios que compõem este instrumento de avaliação das principais dificuldades do prestador de cuidados, podemos verificar, no Quadro 3, que os domínios que causam uma maior perturbação aos cuidadores são em ordem decrescente: Exigências de ordem física da prestação de cuidados, restrições na vida social, reações à prestação de cuidados, falta de apoio familiar, problemas financeiros, problemas relacionados com o idoso e falta de apoio profissional.

No Quadro 4, utilizando a correlação de Pearson, dado a dimensão reduzida da amostra, podemos observar a correlação entre os diversos domínios do instrumento CADI.

Quadro 4

Correlação entre os domínios do CADI

	D1	D2	D3	D4	D5	D6
D2 Pearson Correlation	0,69**					
D3 Pearson Correlation	0,49*	0,86**				
D4 Pearson Correlation	0,51*	0,67**	0,65**			
D5 Pearson Correlation	0,37	0,60**	0,54*	0,76**		
D6 Pearson Correlation	0,68**	0,74**	0,68**	0,47*	0,33	
D7 Pearson Correlation	0,78**	0,72**	0,71**	0,69**	0,39	0,61**

** Correlação significativa para $p < 0,01$; * Correlação significativa para $p < 0,05$

No quadro 4 representado podemos verificar que existe uma correlação significativa $p < 0,01$ entre os domínios problemas relacionados com o idoso e exigências de ordem física da prestação de cuidados, problemas relacionados com o idoso e restrições na vida social, e exigências de ordem física da prestação de cuidados e falta de apoio familiar.

As duas primeiras questões do WHOQOL – Bref dizem respeito à Qualidade de vida global e à percepção geral da saúde. Assim podemos verificar que em relação à primeira questão “Como avalia a sua qualidade de vida” para 11,1% ($n=2$) é “Muito Má”, para 16,7% ($n=3$) é “Má”, para 66,7% ($n=12$) “Nem Boa Nem Má” e para 5,6% ($n=1$) é “Boa”. Nenhum dos inquiridos ($n=0$) considera que a sua qualidade de vida é “Muito Boa”. Pode-se assim concluir que a qualidade de vida reportada pelos prestadores de cuidados informais é na sua maioria considerada como “Nem Boa Nem Má”, e apenas para 1 dos participantes ela é considerada como “Boa”.

Quando questionados sobre “Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida?” nenhum dos inquiridos respondeu “Muito Insatisfeito” ($n=0$) nem “Muito Satisfeito” ($n=0$). As respostas foram as seguintes: 55,6% ($n=10$) consideram que estão “Insatisfeitos”, 33,3% ($n=6$) “Nem Satisfeito Nem Insatisfeito”, e 11,1% ($n=2$) dizem estar “Satisfeitos”. Aqui também podemos verificar que a grande maioria dos cuidadores informais que responderam ao inquérito estão “Insatisfeitos” com a sua vida atual, e apenas 2 deles dizem estar satisfeitos. No Quadro 5 podemos verificar a média das respostas que foram recolhidas junto dos participantes. Já no Quadro 6 também representado abaixo podemos ver os 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente), representados numa escala de 0 a 100, em que se pode subdividir este instrumento de avaliação da qualidade de vida.

Quadro 5
Pontuações obtidas nas questões do WHOQOL-Bref

Domínio	Questão	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Amplitude
Qualidade de vida Geral	Q1	2,67	0,77	1	4	3
	Q2	2,56	0,70	2	4	2
	Q3	3,00	1,37	1	5	4
Físico	Q4	3,00	1,33	1	5	4
	Q10	3,00	0,84	2	5	3
	Q15	3,28	1,02	2	5	3
	Q16	2,94	1,00	1	5	4
	Q17	3,39	0,98	2	5	3
	Q18	3,22	1,00	2	5	3
	Q5	3,00	0,77	2	4	2
Psicológico	Q6	3,06	0,64	2	4	2
	Q7	3,33	0,84	2	5	3
	Q11	2,78	1,00	1	5	4
	Q19	3,17	0,92	1	4	3
	Q26	2,11	0,76	1	3	2
	Q20	3,78	0,65	2	5	3
Relações Sociais	Q21	3,17	0,51	2	4	2
	Q22	3,28	0,83	2	4	2

Domínio	Questão	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo	Amplitude
Meio Ambiente	Q8	3,44	0,92	1	5	4
	Q9	4,11	0,68	3	5	2
	Q12	3,00	0,69	2	4	2
	Q13	3,44	0,62	2	4	2
	Q14	1,89	0,90	1	4	3
	Q23	4,17	1,10	1	5	4
	Q24	3,61	0,78	2	5	3
	Q25	3,72	0,96	2	5	3

Quadro 6

Pontuações obtidas nos domínios do WHOQOL-Bref

Domínio	Média	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
Auto avaliação da QV	40,28	13,93	75	25
Físico	52,98	18,18	92,86	28,57
Psicológico	47,69	13,57	70,83	25
Relações Sociais	60,19	11,63	75	33,33
Meio Ambiente	60,59	11,60	71,88	34,38

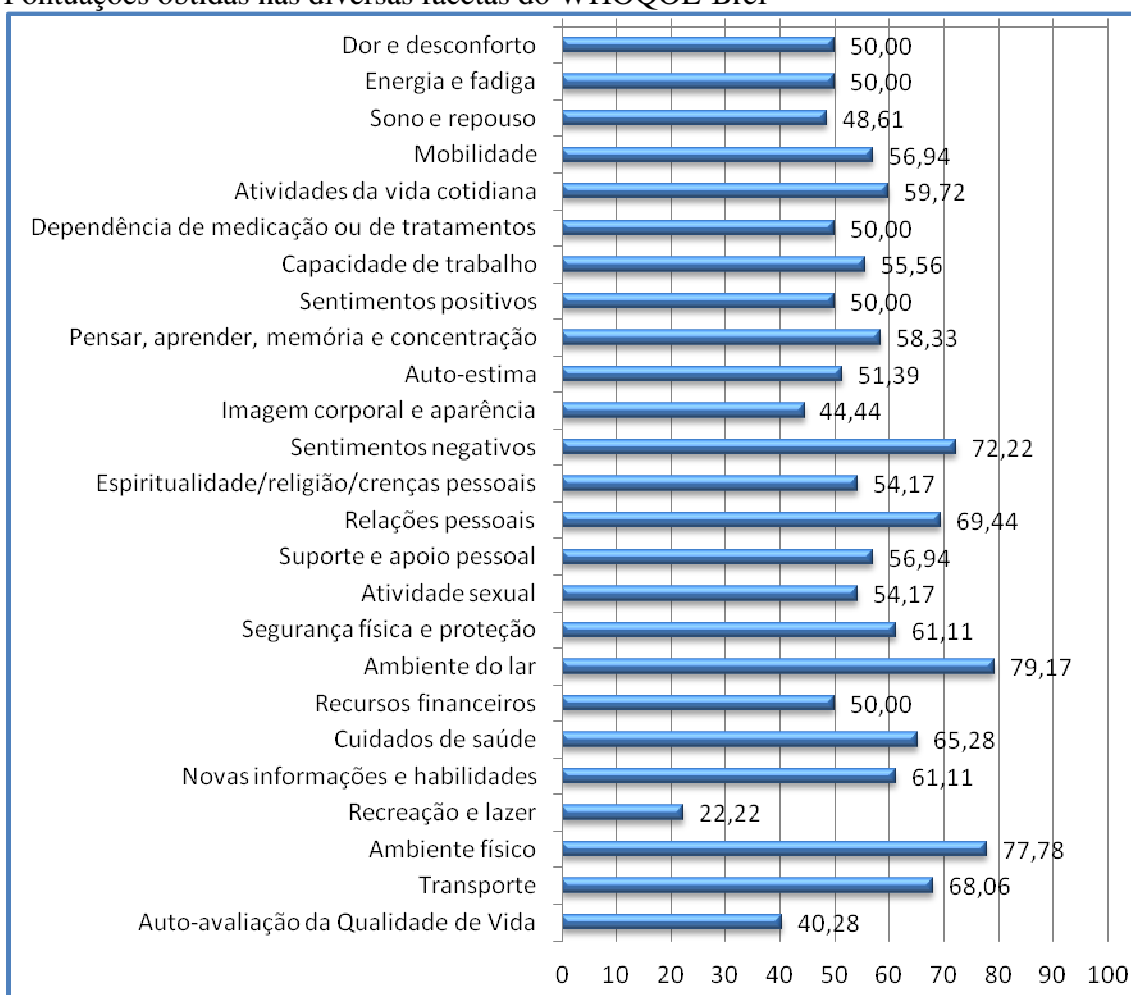
Em relação à resposta que obteve uma pontuação mais baixa esta diz respeito à frase “*Em que medida tem oportunidades para realizar atividades de lazer?*”. Já as que obtiveram pontuação mais alta são as seguintes: “*Em que medida é saudável o seu ambiente físico?*” e “*Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive?*”. Quando analisamos o Quadro 6, podemos verificar que os domínios que mais pontuação obtiveram foram, em ordem decrescente, o meio ambiente, as relações sociais, o físico, seguido do psicológico e finalmente pela auto avaliação da sua própria qualidade de vida. No gráfico 7 abaixo representado pode verificar-se quais as facetas do instrumento de avaliação da qualidade de vida que obtiveram maior e menor pontuação.

Através da análise do Gráfico 7 pode verificar-se que a recreação e lazer obteve a média de pontuação mais baixa com um valor de 22,22, e que no extremo oposto se encontra o ambiente do lar com um valor de 79,17. É também importante verificar que a pontuação obtida na faceta “Sentimentos negativos” é também bastante alta (72,22).

No Quadro 8 pode observar-se a correlação entre os diversos domínios do WHOQOL-Bref, através da utilização da correlação de Pearson. Através da análise do quadro 8 representado podemos concluir que existe alguma correlação ($p < 0,05$) entre os domínios da autoavaliação da qualidade de vida e o domínio psicológico e entre o domínio físico e o domínio psicológico. No quadro abaixo representado (Quadro 9) podemos observar a correlação, através da utilização da correlação de Pearson, entre os dois instrumentos de avaliação utilizados, o CADI e o WHOQOL-Bref.

Gráfico 7

Pontuações obtidas nas diversas facetas do WHOQOL-Bref



Quadro 8

Correlação entre os domínios do WHOQOL-Bref

		MDG	MD1	MD2	MD3
MD1	Pearson Correlation	0,31			
MD2	Pearson Correlation	0,50*	0,53*		
MD3	Pearson Correlation	0,30	-0,003	0,13	
MD4	Pearson Correlation	0,19	0,35	0,35	0,06

*. Correlação significativa para $p < 0.05$

Quadro 9

Correlação entre os domínios do CADI e os domínios do WHOQOL-Bref

	WDG	WD1	WD2	WD3	WD4
D1	-0,70**	-0,36	-0,23	-0,34	-0,01
D2	-0,61**	-0,57*	-0,66**	0,08	-0,12
D3	-0,38	-0,66**	-0,55*	0,21	-0,25
D4	-0,27	-0,45	-0,19	0,23	-0,03
D5	-0,24	-0,51*	-0,39	0,22	0,01
D6	-0,53*	-0,27	-0,40	-0,25	0,02
D7	-0,63**	-0,50*	-0,27	0,08	-0,17

*. Correlação significativa para $p < 0,05$; **. Correlação significativa para $p < 0,01$

Podemos verificar que existe uma correlação negativa significativa entre a autoavaliação geral da qualidade de vida e os problemas relacionados com o idoso, entre a autoavaliação da qualidade de vida e a reação à prestação de cuidados, entre a autoavaliação da qualidade de vida e os problemas financeiros. Existe ainda também uma correlação negativa entre o domínio físico da qualidade de vida e as exigências de ordem física da prestação de cuidados, e ainda do domínio psicológico da qualidade de vida e a reação à prestação de cuidados.

DISCUSSÃO

Após a apresentação dos principais resultados podemos chegar a algumas conclusões relativas às questões fundamentais deste estudo, ou seja a avaliação da qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos com doença mental, e perceber quais as suas principais dificuldades. Em primeiro lugar as características sociodemográficas dos cuidadores informais como o sexo, estado civil, escolaridade, parentesco e coabitação assemelham-se a outros estudos consultados, como por exemplo aos estudos realizados por Ekwall, Sivberg e Hallberg (2004), Molina e Agudelo (2006), Ocampo et al. (2006), Seima e Lenardt (2011) e Moraes (2012). Ou seja, os cuidadores informais são na sua grande maioria mulheres, com idade média de 66 anos, esposas ou filhas do recetor de cuidado, e que coabitam na sua maioria com estes. Em termos de horas diárias de prestação de cuidados este estudo assemelha-se com outros apresentados (Georges et al., 2008, cit. in Gonçalves-Pereira, & Sampaio, 2011), revelando que na sua maioria os prestadores de cuidados passam mais de 8 horas diárias em tarefas relacionadas com a prestação de cuidados. Quando avaliamos os resultados obtidos através da aplicação do instrumento de avaliação CADI pode verificar-se que as respostas que obtiveram uma menor pontuação, ou seja, as que ou não acontecem, ou caso aconteçam não perturbam o cuidador informal são as seguintes: Q12 (1,11) – Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido; Q30 (1,17) – Esta situação faz-me sentir culpado; Q26 (1,28) – Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação; Q4 (1,29) – Traz-me problemas de dinheiro.

As que obtiveram uma maior pontuação, ou seja, as que acontecem e causam alguma perturbação ou mesmo muita para o prestador de cuidados informal são as seguintes: Q10 (3,06) – Deixa-me muito cansado fisicamente; Q13 (3,22) – A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais.

Através da análise destes dados podemos concluir que os prestadores de cuidados, apesar das implicações inerentes às suas funções de cuidadores, não deixam de nutrir o mesmo sentimento pelo recetor dos cuidados, e têm satisfação nas tarefas que desempenham, resultados semelhantes aos apresentados por Moraes (2012). Quando analisamos as maiores dificuldades sentidas deparamo-nos com questões relacionadas com o cansaço físico sentido e também com a quantidade de cuidados a prestar. Estes resultados vão também de encontro à bibliografia consultada (nomeadamente Barreto, 1991; Molina, & Agudelo, 2006; Sequeira, 2010; Seima, & Lenard, 2011), uma vez que a maioria dos autores chegou também a resultados semelhantes.

Ao avaliarmos as pontuações obtidas nos diversos domínios do CADI também se pode concluir que as maiores dificuldades sentidas são a nível da ordem física da prestação de cuidados e as restrições a nível da vida social. Mais uma vez estes resultados são congruentes com os resultados obtidos por outros autores, enumerados no subcapítulo referente às principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, uma vez que estes também referem que as relações sociais são as

que mais sofrem aquando da prestação de cuidados, bem como as situações de sobrecarga a nível físico.

Através da análise correlacional podemos verificar que existe correlação positiva significativa (com significância para $p < 0,05$) entre os seguintes domínios: Problemas relacionais com o idoso – Exigências de ordem física da prestação de cuidados; Problemas relacionais com o idoso – Restrições na vida social; Exigências de ordem física da prestação de cuidados – Falta de apoio familiar; Restrições na vida social – Falta de apoio profissional

Observou-se ainda uma correlação positiva significativa (com significância para $p < 0,01$) entre diversos domínios, sendo os mais pertinentes os seguintes: Restrições sociais – relacionam-se com falta de apoio familiar, problemas financeiros e com as exigências de ordem física da prestação de cuidados; Reações à prestação de cuidados – relacionam-se com os restantes 6 domínios existentes neste instrumento de avaliação; Problemas relacionados com o idoso – relacionam-se com a falta de apoio profissional e com problemas financeiros.

Pode assim concluir-se que os diversos domínios relacionam-se positivamente entre eles, assim como está descrito por Sequeira (2010), na sua análise a este instrumento de avaliação. Quando se analisa o instrumento de avaliação WHOQOL-Bref pode verificar-se que a qualidade de vida dos prestadores de cuidados informais que responderam a este inquérito é na sua maioria avaliada como “Nem Boa Nem Má” (66,7%), seguindo-se de uma avaliação como “Má” (16,7%), 11,1% consideram que é “Muito Má” e apenas 5,6% consideram que a sua qualidade de vida é “Boa”. Nenhum dos prestadores de cuidados considerou que a sua qualidade de vida é “Muito Boa”. Podemos assim inferir que a qualidade de vida dos inquiridos neste trabalho de investigação se assemelha a amostras de outros estudos que também avaliam a qualidade de vida do cuidador em “Nem Boa Nem Má” e em “Má” (Costa, 2009; Paula, Roque, & Araújo, 2008).

Ao analisarmos a questão “*Até que ponto está satisfeito com a sua vida?*” podemos verificar que a maioria, 55,6%, se encontram “Insatisfeitos”, que 33,3% não estão “Nem Satisfeitos Nem Insatisfeitos”, e apenas 11,1% se encontra “Satisfeito”. Estes dados bem como os anteriores são preocupantes uma vez que a maioria das pessoas inquiridas referem ter uma má qualidade de vida e que estão insatisfeitas com a sua vida. É assim necessário atuar junto desta população para que se possa em primeiro lugar melhorar a sua perceção em relação à sua qualidade de vida para que, de seguida, se aumentem os níveis individuais de satisfação destes participantes.

Pudemos verificar que a pontuação mais baixa foi obtida na questão “*Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?*”, o que nos leva a crer que estas pessoas devido à ocupação do seu tempo com tarefas relacionadas com a prestação de cuidados não têm tempo para realizar atividades prazenteiras levando-as também a um isolamento social. As questões que obtiveram uma pontuação mais elevada foram ambas relacionadas com o ambiente físico que rodeia os prestadores de cuidados “*Em que medida é saudável o seu ambiente físico?*” e “*Até que ponto está satisfeito com as condições em que vive?*”. Esta situação deve-se, provavelmente, ao fato de as habitações e espaços que as rodeiam estarem em bom estado de conservação. Todos os participantes vivem em casa própria, com saneamento básico, luz, água e gás, bem como em bom estado de conservação.

Observamos que as pontuações médias dos domínios, numa escala de 0 a 100, e apresentadas em ordem decrescente são as seguintes: Meio ambiente – 60,59, relações sociais – 60,19, físico – 52,98, Psicológico – 47,69, e finalmente a auto avaliação da qualidade de vida – 40,28. O estudo realizado por Costa (2009) também teve conclusões

semelhantes, uma vez que conclui que o domínio com maior pontuação foi o do meio ambiente, no entanto existem diferenças em relação ao domínio com menor pontuação já que neste estudo foi o domínio social que obteve uma menor pontuação. Já no estudo realizado por Grelha (2009), os resultados obtidos foram um pouco diferentes a nível do domínio psicológico e meio ambiente, uma vez que estes tiveram uma menor pontuação do que a obtida neste estudo de investigação, já a qualidade de vida geral apresenta valores ligeiramente mais altos (44,38). Em comparação com os dados obtidos por Vigia (2012) os cuidadores de idosos com demência revelaram valores semelhantes a nível das relações sociais, valores mais baixos a nível do meio ambiente e mais altos a nível físico e psicológico.

Relativamente às pontuações obtidas nas diversas questões do WHOQO-Bref podemos verificar que mais uma vez que a pontuação mais baixa foi obtida a nível da recreação e lazer, seguindo-se a auto avaliação da qualidade de vida, a imagem corporal e sono e repouso. No extremo oposto encontramos os sentimentos negativos, o ambiente físico e o ambiente do lar. Ao observar-se a relação entre os vários domínios do WHOQOL-Bref, através da correlação de Pearson, com um grau de significância para $p < 0,05$ podemos verificar que o domínio psicológico está intimamente relacionado com a qualidade de vida geral e o domínio físico, ou seja, estes são directamente proporcionais e influenciam-se mutuamente, o que sugere que o domínio psicológico influencia o domínio físico e por sua vez este influencia a qualidade de vida geral, e vice-versa. Estes dados vão de encontro a outros encontrados na bibliografia consultada nomeadamente Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) que referem precisamente que o domínio físico e o domínio psicológico são os que mais influenciam a qualidade de vida.

A relação entre os domínios do WHOQOL-Bref com os domínios do CADI permitiu concluir que existe uma correlação negativa significativa (correlação de Pearson para $p < 0,01$) entre os domínios qualidade de vida geral e os problemas relacionados com o idoso, com as reações à prestação de cuidados e com problemas financeiros. Existe ainda uma correlação negativa para este grau de significância entre o domínio físico do WHOQOL-Bref e as exigências de ordem física da prestação de cuidados, e ainda entre o domínio psicológico e as reações à prestação de cuidados. Existe também uma correlação negativa significativa (para $p < 0,05$) entre alguns dos domínios sendo eles: a qualidade de vida geral e problemas financeiros, domínio físico do WHOQOL-Bref e as reações á prestação de cuidados, a falta de apoio familiar e os problemas financeiros, e entre o domínio psicológico do WHOQOL-Bref e a exigência de ordem física da prestação de cuidados.

Através dos dados obtidos nesta investigação podemos verificar a importância das dificuldades sentidas pelos cuidadores informais e a sua interferência na qualidade de vida destes. Podemos assim inferir que quando aumentam os problemas relacionados com o idoso, quando as reações à prestação de cuidados e quando existem problemas financeiros o domínio da qualidade de vida geral diminui. O mesmo se passa a nível das dificuldades sentidas a nível das exigências de ordem física da prestação de cuidados e o domínio físico do WHOQOL-Bref, em que quanto maior são as exigências de ordem física da prestação de cuidados menor a pontuação obtida a nível físico. Existe também uma relação negativa entre o domínio psicológico do WHOQOL-Bref e o domínio do CADI exigência de ordem física da prestação de cuidados, sugerindo que quando a exigência da prestação de cuidados é maior o domínio psicológico é afetado de forma negativa, obtendo menor pontuação.

Os resultados aqui encontrados permitem deduzir que as diversas dificuldades sentidas pelos cuidadores influenciam de forma negativa a sua qualidade de vida. Não existem dúvidas em relação a que quanto maiores são as dificuldades sentidas pelos

cuidadores informais menores são as pontuações obtidas a nível dos domínios físico, psicológico e qualidade de vida geral. Como foi dito anteriormente estas dificuldades podem levar à sobrecarga do prestador de cuidados, levando a implicações negativas a nível da qualidade de vida destes.

Torna-se assim imprescindível elaborar um plano de intervenção que tenha como objetivo minimizar as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos com demência de forma a aumentar a sua qualidade de vida percebida e dar resposta às necessidades encontradas neste estudo. Assim, propomos o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária intitulado “*Cuidando de Quem Cuida*”, apresentando em três eixos distintos, sendo eles: Eixo I – Envolver os parceiros/ entidades responsáveis; Eixo II – Envolver a população (grupo de voluntariado que envolve toda a comunidade); Eixo III – Formação de cuidadores informais de idosos.

Neste caso específico este projeto de intervenção comunitária poderia ter a duração de seis meses, e visaria obter ganhos em saúde no que diz respeito à qualidade de vida dos prestadores de cuidados e minimização das suas principais dificuldades.

REFERÊNCIAS

- Barreto, J. (1991). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio atual. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 1, 289-302.
- Costa, I. (2009). *Burnout e qualidade de vida em prestadores de cuidados informais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências Humana e Sociais.
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M., & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 127-136.
- Direcção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ekwall, A., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 239-248. doi:org/10.1111/j.1471-6712.2004.00283.x
- Ekwall, A.K., Sivberg, B., & Hallberg, I. (2007). Older caregivers' coping strategies and sense of coherence in relation to quality of life. *Journal of Advanced Nursing*, 5, 584-596. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03994.x
- Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: Da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 29, 3-10.
- INE (2011). *Censos 2011 – XV recenseamento geral da população, V recenseamento geral de habitação – Resultados Provisórios*. Lisboa.
- Inouye, K., Padrazzani, E., & Pavarini, S. (2010). Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: Um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 891-899. doi:org/10.1590/S0102-311X2010000500011
- Molina, C., & Agudelo, G. (Outubro 2006) Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Revista Aquichen*, 6, 38-53.
- Moraes, L. (2012) *Qualidade de vida de cuidadores e capacidade funcional de pacientes com Alzheimer*. Brasil: Goiânia.
- Ocampo, M. D., Herrera, M. D., Torres, F. T., Rodríguez, T. O., Loba, T. S., & Garcia, G. (2006). Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*, 38, 40-46.
- Paula, J., Roque, F., & Araújo, F. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57, 283-287. Disponível em www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a11v57n4.pdf consultado em 29/06/2013.

- Seima, M., & Lenardt, M. (2011). A sobrecarga do cuidador de idosos com Alzheimer. *Textos & Contextos*, 10, 388-398.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL – edições técnicas, ld.

UM VÍCIO PARA DOIS: A RELAÇÃO FAMÍLIA-DEPENDENTE QUÍMICO

Deborah Furquim Coury 1, Jaceilde Nunes Rocha 2 e Danuta Medeiros ✉ 3,

1-Centro de Estudos Psico-Cirúrgicos e Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil; 2- Universidade São Marcos, Brasil; 3- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Brasil.

O propósito do presente trabalho foi observar como se organizam relações familiares dentro de um quadro de dependência, bem como compreender a instalação deste processo e das dinâmicas estabelecidas entre cuidador e sujeito dependente químico, com suas implicações no ambiente familiar, processo este que torna a família co-dependente. Sabemos que o tema ‘drogas e sua dependência’ é amplo e merece um olhar cauteloso diante do emergente crescimento da população atingida por este tipo de sofrimento psicossocial, portanto nos atentamos neste estudo focar nosso olhar mais especificamente na relação do par familiar-dependente químico, cabendo dentro deste: pai, mãe e/ou aquele que exerce a função de cuidador no ambiente familiar, uma vez que a fundamentação teórica norteadora das análises realizadas foi de base psicodinâmica, que nos aponta o desenvolvimento emocional do indivíduo a partir do ambiente facilitador, proporcionando a este um amadurecimento rumo à independência (Winnicott, 1983).

Vale ressaltar que a proposta deste artigo não é justificar ou mesmo obter respostas sobre o processo de instauração da dependência química, e sim buscar uma visão ampliada deste fenômeno da sociedade que cada vez mais está presente em nosso cotidiano. E, enquanto pesquisadoras, nos pareceu ser importante iniciarmos um aprofundamento no conhecimento deste campo através do que consideramos algo estrutural na dinâmica constituinte do sujeito: a família. Ressaltamos ainda que, justamente por não nos caber investigar as causas e consequências fisiológicas da dependência química, não nos utilizamos de nenhum critério de escolha de tipos de drogas a serem observados nos usuários destas, uma vez que o que nos interessa é a relação do sujeito com a droga, seja ela qual for, e sua relação com os pares familiares e/ou funções de cuidadores destes. Sendo assim, pretendemos neste artigo contribuir com a possibilidade de uma visão ampliada da temática dependência química abrangendo olhares que consideramos importante para a compreensão e ajuda não

✉ - Danuta Medeiros, Alameda Barros, 66, apto 77, Santa Cecília – São Paulo /SP, Brasil, CEP 01232-000, Email: danutamedeiros@gmail.com

somente da reabilitação física do sujeito, mas também no aspecto emocional promovendo a saúde mental.

Anteriormente a utilização de drogas em diferentes sociedades e épocas se direcionava a cerimônias coletivas, rituais e festas sendo o consumo restrito a grupos pequenos, em contraponto ao momento atual em que se verifica uma inversão deste contexto, pois o uso de drogas está direcionado a quaisquer circunstâncias e por pessoas de diferentes grupos e realidades. O uso abusivo de substâncias psicoativas em nossa realidade atual tornou-se um grave problema social e de saúde pública (Pratta & Santos, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), em acordo com o capítulo F-19 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a síndrome de dependência às substâncias ou álcool, é definida como doença relativa a transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas. Entende-se por substâncias psicoativas ou drogas aquelas que ao entrarem no organismo, atuam no sistema nervoso central, alterando comportamento, humor e cognição do indivíduo (Azevedo, 2000). De acordo com a CID – 10 (OMS, 2001), síndrome de dependência se refere ao conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, associado ao desejo de consumir a droga a uma maior dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar de suas conseqüências, probabilidade ao uso da droga em detrimento a outras atividades, à um aumento de tolerância pela droga e por vezes a um estado de abstinência física. É importante salientar que o indivíduo com dependência química apresenta tolerância à droga e sintomas de abstinência tais como ansiedade, insônia, tremores entre outros, quando há descontinuidade do uso. Para nomear dependência química também é utilizada a palavra *drogadição*, que possui sua etimologia do latim *addictu*, um adjetivo que significa afeiçoado, dedicado, apegado, adjunto, dependente (Ferreira, 1986).

A droga aciona o sistema nervoso de recompensa do cérebro, sistema límbico, área encarregada de receber estímulos de prazer estimulando a produção de dopamina e serotonina. Esta área é fruto evolutivo da espécie, sendo que desempenha importante função destinada a preservação desta. As drogas provocam uma ilusão química de prazer e impulsiona o indivíduo a repetir seu uso. Com a utilização constante de drogas, as fontes naturais de prazer perdem significado, e o que passa a interessar é o prazer imediato que a droga produz (Cordeiro, Diehl & Laranjeira, 2011). A busca de prazer é uma característica positiva do ser humano. No caso das drogas, porém, ao querer superar a própria biologia por um artifício grosseiro, ele acaba se empobrecendo (Cordeiro, et al., 2011). A droga através do prazer que proporciona ocupa lacunas importantes, tornando-se indispensável ao funcionamento psíquico do indivíduo, lançando-o na busca constante pela substância. É importante não reduzirmos esta conduta do dependente apenas aos aspectos biológicos, o dependente é um indivíduo que se encontra diante de uma realidade objetiva e subjetiva insuportável, utilizando a droga como modificadora da percepção dessa realidade. Para o dependente a droga é uma questão de sobrevivência (Silveira-Filho, 1995).

Diante do exposto até o momento, detemo-nos na temática dependência química e passamos a direcionar nosso olhar a questão da família como participante do processo de instalação desta dependência no ambiente familiar, foco este que permeou nosso estudo e reflexões sobre este tipo de vínculo e relação estabelecida entre família-dependente químico. Inicialmente o termo *co-dependência* foi utilizado para discorrer a relação entre esposa e marido alcoólatra tendo sua origem no final da década de setenta, momento em que o alcoolismo e a dependência de outras drogas começaram a serem nomeadas de dependência química. Atualmente é utilizado para descrever a dinâmica de

qualquer relação disfuncional de dependência (Humberg, 2005).

Algumas características como baixo auto-estima, desejo de ser necessário, grande tolerância para o sofrimento e necessidade de controlar e mudar os outros, são comuns em indivíduos co-dependentes, sendo que tais características estão presentes antes mesmo de um membro da família se tornar dependente químico, bem como se mantém após a recuperação deste membro familiar. Outros fenômenos também se apresentam como comportamentos compulsivos, como comer, gastar e jogar por parte dos familiares, apontando ainda a presença desses mesmos comportamentos em muitos alcoolistas em recuperação. Tais fatos indicam que a idéia de co-dependência seria também uma forma de dependência (Humberg, 2005).

Acredita-se que o dependente químico pode ocupar um lugar de bode-expiatório na família, sendo o responsável por toda vivência patológica e dolorosa experienciada nesta família (Olievenstein, 1985). Quando a dependência química se instaura, leva a rebote toda a família em uma espécie de “transmissão” da doença, no que se refere ao comprometimento físico, mental e emocional das pessoas que cercam o dependente, modificando toda uma rotina familiar. Os familiares acabam vivendo em função da bebida ou da droga, com um comportamento semelhante ao dependente, o que poderia ser nomeado de co-dependência. Muitos familiares costumam abandonar suas atividades, abdicando de sua vida própria para se voltarem inteiramente ao dependente, se transformando em grandes neuróticos, obcecados em sua missão. Alguns são levados a um grau de comprometimento emocional que pode gerar atos violentos como homicídio e suicídio (Vespucci & Vespucci, 2001).

A família tende a oscilar, dentro de um quadro crônico, entre um desespero contido e aberto, entre a hostilidade ao drogado e a facilitação para o uso das substâncias psicoativas (Vespucci & Vespucci, 2001). Por vezes alguém da família toma as rédeas da casa, substituindo o dependente e o caracterizando definitivamente como incapaz. Em algumas situações em que o dependente toma a decisão de reagir buscando por si tratamento, participando de grupos de ajuda e buscando sua autonomia, a família por outro lado, se mantém inerte, estagnada à estrutura doméstica e emocional dos tempos em que o doente bebia ou se drogava. A doença emocional da família se instala a partir da dependência química de um de seus membros, mas tem vida própria e desenvolvimento autônomo. Algumas clínicas de recuperação sugerem que após a alta do adicto, um de seus familiares fique internado, a fim de amenizar conflitos, pois sem o invólucro da droga, as diferenças de caráter, os defeitos, as inaptações, as incompatibilidades começam aparecer com maior clareza.

Winnicott (1983) em sua teoria do desenvolvimento humano aponta a relação Mãe-Bebê como o ponto central deste processo. Destaca fases importantes onde o sujeito se constitui num caminho evolutivo que perpassa da dependência absoluta até rumo a independência. Tais conceitos serão brevemente abordados neste artigo para melhor compreensão do vínculo estabelecido entre Mãe e Filho dependente químico e suas implicações na família, tornando esta co-dependente. No início do desenvolvimento emocional, de acordo com Winnicott (1983), o indivíduo necessita de um ambiente facilitador para que este possa integrar-se e constituir-se enquanto ser. Durante esta fase inicial, que o autor denomina dependência absoluta, o bebê necessita de sua mãe (ou de quem exerça essa função materna) por completo, e para tanto a mãe também necessita estar em uma sintonia total com seu bebê, um ‘adoecimento saudável’ necessário para que esta mãe compreenda as necessidades básicas e emocionais de seu filho. Winnicott (1988) descreve esse momento do processo de adoecimento da mãe como a Mãe Devotada Comum. A vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva a fantasia que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas compreendendo

a uma unidade indivisível. Para o recém nascido, a ameaça de destruição da ilusão de indistinção entre o próprio corpo e o corpo materno, o lança em uma busca desesperada no sentido de reencontrar o paraíso perdido na vida intra-uterina. O bebê estabelece com a mãe uma relação simbiótica, onde este ainda não se percebe/reconhece como separado de sua mãe, que lhe oferecendo uma adaptação ativa no início do desenvolvimento, desempenhará o papel de mãe suficientemente boa, possibilitando ao seu bebê as frustrações necessárias para a constituição do *self* (McDougall, 1996). O melhor que uma mulher real pode fazer pelo filho é ser, no começo, suficientemente boa em termos sensíveis, de tal modo que, desde o início a criança possa ter a ilusão de que essa mãe suficientemente boa é o seio bom (Winnicott, 1990). Winnicott (1988) diz que “a ‘mãe boa’ é a que responde a onipotência do lactante e, de certo modo, dá-lhe sentido”. Já a mãe que ‘não é boa’ é incapaz de cumprir a onipotência da criança, cujo sentido depende da apreensão do mesmo por parte da criança. Logo, o *holding* feito pela mãe é o fator de passagem do estado de não-integração à integração, aquilo que caracteriza o recém-nascido e lhe dá a noção de um ser individual, que dá o contorno para o corpo físico para que o bebê perceba-se como diferenciado de sua mãe. Este vínculo entre a mãe e o seu bebê constituirá as bases para o desenvolvimento saudável das capacidades inatas do indivíduo, sendo o papel da mãe, prover o bebê de um ego auxiliar que lhe permita integrar sensações corporais, os estímulos ambientais – *holding* - e suas capacidades motoras nascentes (Winnicott, 1990).

Em se pensando no processo de desenvolvimento emocional do sujeito que futuramente venha a desencadear a dependência química, pode-se supor que houve em algum momento uma importante falha ambiental. As mães insuficientemente boas, gerariam um estado crônico da falta, desta maneira a droga entraria como possibilidade de completar algo faltante, que segundo alguns autores remeteria a um sentimento oceânico e jamais saciável. A substância psicoativa estaria então relacionada com a falta (Olievenstein et al., 1990). Além disso, o processo de individuação do bebê pode não ser favorecido por mães que costumam aplacar e saciar constantemente este bebê, abrindo caminho para que se instaure a conduta futura de dependência de uso de substâncias, estabelecendo assim a continuidade de um duo indissociável. Desta maneira, a droga seria vista como uma fonte de prazer narcísico e estaria também relacionada com o excesso (Silveira-Filho, 1995). Há mães que continuam a vivenciar seus filhos como parte delas mesmas muito além da infância, não permitindo muito espaço psíquico entre mãe e filho. Tal fato desencadearia para a criança e para o futuro adulto, uma certa dificuldade para organizar sua própria realidade psíquica não podendo assim exercer sozinho um papel reconfortante em momentos de dor psíquica (McDougall, 1996).

A partir de uma matriz somatopsíquica original na relação mãe-bebê, a criança desenvolverá uma diferenciação progressiva em sua estruturação psíquica, porém para que isso ocorra a mãe terá que exercer seu papel de mãe suficientemente boa. Há neste momento uma dupla busca psíquica que funde-se com a mãe universo ao mesmo tempo que se diferencia dela. Através de processos psicológicos como identificação, introjeção e incorporação¹⁶, é possível ser construída uma imagem do ambiente maternal que

¹⁶ **Identificação:** processo psicológico pelo qual um sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. **Introjeção:** processo evidenciado pela investigação analítica. O sujeito faz passar, de um modo fantasístico, de “fora” para “dentro”, objetos e qualidades inerentes a esses objetos. A introjeção aproxima-se da incorporação, que constitui o seu protótipo corporal, mas não implica necessariamente uma referencia ao limite corporal (introjeção no ego, no ideal de ego, etc.). **Incorporação:** processo pelo qual o sujeito, de um modo mais ou menos fantasístico, faz penetrar e conservar um objeto no interior de seu corpo. A incorporação

posteriormente terá a representação mental da própria mãe como figura tranquilizadora, que assentará os recursos internos para que a criança e o futuro adulto consiga aplacar-se em momentos de sofrimento psíquico (McDougall, 1996). Neste processo do desenvolvimento, a criança começa a criar os “*security blankets*”, que na mente do bebê correspondem às funções protetoras e tranquilizadoras da mãe. Esses objetos chamados de pré transicionais são peças de vestuário da mãe, paninho com seu cheiro que se associam a natureza tátil e ao calor do corpo da mãe. Posteriormente esses objetos serão substituídos por outros mais sofisticados como os bichinhos de pelúcia, que permite ao bebê a ilusão da presença materna (McDougall, 1996).

As soluções adictivas como dependência de drogas, medicamentos, alcoolismo, podem estar relacionadas a luta contra a divisão primordial que dá origem ao *in-dividuo*. Essa divisão é gradativa e perpassa pelo processo citado no parágrafo anterior. A droga pode representar o papel de um objeto transicional quando não há a internalização do objeto tranquilizador representado pela mãe. As adicções podem ser vistas como tentativas mágicas de preencher o vazio do mundo interior. Para tanto, a droga exerce a função de objeto transicional patológico, ou objeto transitório, pois destinam-se a reduzir o sofrimento mental e os conflitos psíquicos de maneira fugaz, lançando o sujeito por uma busca de objeto tranquilizador no mundo externo e habitualmente em quantidades crescentes (McDougall, 1996). O profissional que diagnostica e trata dependência química, deve estar consciente do significado da droga para o sujeito, entendendo que em alguns pacientes, a substância psicoativa exerce papel de sustentação para a existência desses, sendo que a retirada brusca da droga, pode ocasionar surtos e delírios psicóticos, pois o indivíduo se vê exposto, sem proteção ao ambiente que lhe cerca.

O objetivo do trabalho foi investigar a relação estabelecida entre o dependente químico e sua família tornando esta co-dependente de seu vício.

MÉTODO

Para o presente trabalho optou-se por uma pesquisa qualitativa, da qual se pauta no levantamento de dados simbólicos dentro de um determinado contexto, levando em conta o ambiente natural como fonte de dados e o enfoque indutivo (Maanen, 1979). O objetivo de uma pesquisa dentro do enfoque qualitativo se direciona a traduzir e expressar os sentidos dos fenômenos do mundo social, compreendendo um conjunto de técnicas interpretativas com o propósito de decodificar e descrever os componentes de um sistema complexo de significados.

Participantes

Foram ouvidos 30 depoimentos de familiares, distribuídos em 04 encontros, 02 para cada instituição escolhida, sendo que no CAPS o grupo era orientado por um psicólogo. Foram obtidos relatos de familiares de dependentes químicos com diferentes graus de parentesco. No grupo do AL-LANON encontravam-se 6 esposas, 1 esposa e mãe, 4 filhos e 1 filha e esposa, enquanto no grupo do CAPS encontravam-se 4 esposas, 8 mães, 2 casais (pai e mãe), 1 avó e 1 tia. Embora a escuta tenha sido realizada com diferentes graus de parentesco, notou-se que os depoimentos se assemelham no que se refere ao sofrimento e comportamento desses familiares, obtendo assim uma unificação no grupo. A possibilidade de encontros de familiares, torna legítimo muitos de seus sentimentos,

constitui uma meta pulsional e um modo de relação de objeto característicos da fase oral; numa relação privilegiada com a atividade bucal e ingestão de alimentos, pode igualmente ser vivida em relação com outras zonas erógenas e outras funções.

auxiliando a focarem em seus próprios comportamentos disfuncionais (Humberg, 2005).
Material

Foram escolhidas duas instituições da cidade de São Paulo/SP – Brasil, das quais fornecem apoio e tratamento para familiares de dependentes químicos, a saber: a-Grupo de auto-ajuda intitulado AL-ANON, uma extensão do grupo AA (Alcoólicos Anônimos), distribuído em diversos países em diferentes continentes; b-Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), uma rede de serviços prestados à saúde mental, que se orienta por uma intervenção sócia educativa, embasada cientificamente, e pela escuta desses familiares.

Procedimento

Realizou-se antecipadamente contato com as instituições, com propósito de expor os objetivos da pesquisa e buscar autorização dessas para a participação das pesquisadoras nos encontros dos grupos, a fim de realizarem a escuta dos depoimentos dos membros envolvidos. Foi utilizado apenas o critério de observação. As pesquisadoras participaram das reuniões como ouvintes, não utilizando gravações ou anotações durante os encontros. Os registros de alguns relatos foram transcritos após o término dos encontros. Os dados da pesquisa foram analisados à luz da teoria citada, utilizando-se o critério de analogia entre o aporte teórico psicanalítico proposto por Winnicott (1983, 1988, 1990), no que se refere à teoria do desenvolvimento maturacional, e as relações de dependência entre mãe-bebê rumo à independência relativa do indivíduo. Vale salientar que o trabalho se pauta nos aspecto simbólico das relações, e não na observação concreta de fatos.

RESULTADOS

Em visita ao AL-ANON onde participamos do grupo aberto à família, pudemos escutar os depoimentos dos familiares de dependentes químicos em recuperação. Vale salientar que um dos lemas do grupo AL-ANON, se pauta na frase “Viva e deixe viver”, buscando o entendimento que não se pode controlar nem mesmo curar a vida e a doença do outro, lembrando o que Humberg (2005) coloca sobre o comportamento do co-dependente em querer controlar e mudar os outros.

Logo de início do encontro, os participantes se colocam com o seguinte depoimento: *“Meu nome é R., sou uma AL-ANON em recuperação”* (sic). Já esta primeira fala nos chamou atenção, pois cada uma daquelas pessoas que se relaciona e/ou possui vínculos com algum dependente químico, se percebe como dependente da dependência do sujeito, apontando o lugar ocupado por este como o bode-expiatório, sendo ele o responsável por toda vivência patológica e dolorosa experienciada nesta família (Olievenstein, 1985). Algo que nos mostra também o quão importante é o reconhecimento da doença instalada na família como um todo, pensando assim parecer eficaz a proposta de submeter um dos pares familiar a internação clínica para melhor resultado do processo de recuperação do sujeito diretamente dependente químico. Um depoimento que marca essa peculiaridade é: *“Dependência é uma doença contagiosa. Você não se dá conta que acaba vivendo a vida do outro. Às vezes dizemos que as coisas estão bem porque o outro não está bebendo e não damos conta que só ficamos bem quando a outra pessoa também está”* (sic). Como alguns autores mencionam, quando se instaura a dependência química, a família é levada a rebote em uma espécie de “transmissão” da doença no que se refere ao comportamento físico, emocional e mental das pessoas que cercam o dependente (Vespucci & Vespucci, 2001).

Um fator que percebemos como positivo neste processo de recuperação é a percepção que o parente – mãe, pai, filho ou mesmo amigo mais próximo – tem de si

mesmo dentro deste processo, não vendo o sujeito como o problema a ser solucionado, e sim a dependência gerada pelas substâncias que são passíveis de exclusão da vida do dependente. Um dos depoimentos diz: *“a primeira coisa que aprendemos aqui é o desligamento. Se desligar é entender que você tem sua própria vida, você se desliga da dependência”* (sic). E ainda: *“O excesso de amor nos faz confundir com o outro. Se desligar não é deixar de amar”* (sic). Em McDougall (1996), a vida psíquica começa com uma experiência de fusão que leva a fantasia que existe apenas um corpo e um psiquismo para duas pessoas. Winnicott (1988) aponta que as fases do desenvolvimento emocional perpassam da dependência absoluta à independência relativa, entendendo que a mãe “suficientemente boa” é aquela que sabe se desligar gradativamente do bebê, proporcionando-lhe desenvolvimento emocional. Simbolicamente, entendemos que os depoimentos citados acima nos remetem ao processo de desligamento do outro, mencionado nos estudos desses autores.

Notamos também que as pessoas ali presentes têm um olhar sobre si de autocritica quanto a ser dependente químico direta ou indiretamente. A busca pela compreensão dos fatos que os levam aos mesmos lugares e os colocam diante de situações tão parecidas, já vivenciadas em algum momento anterior de suas vidas, com o que vivem nos dias atuais denotam uma reflexão a cerca de como possivelmente atuar para auxiliar a pessoa bem quista a sair dessa dependência, mesmo assumindo-se um co-dependente. Isso nos pareceu bem específico nesta fala: *“Meu pai era dependente químico, meu marido também. Só depois de muito tempo percebi que existe uma dinâmica psíquica que nos faz dar continuidade a uma situação. Parece que queremos fazer por um o que não conseguimos fazer pelo outro”* (sic), assumindo então para si a responsabilidade de dependente no caminho da recuperação do outro e de si mesmo.

Ao passo que o co-dependente percebe a necessidade de ver-se livre da dependência, este assume para si um papel de auto-recuperação que irá proporcionar a si mesmo, e ao dependente direto, a possibilidade de sair da dependência, mesmo que para isso coloque-se em frustração, acreditando que irá frustrar somente ao outro, punitivamente, num processo inconsciente. Este depoimento melhor elucida este pensamento: *“Precisamos entender que o dependente precisa se ver em situações constrangedoras, não podemos acobertar a situação. É só quando a pessoa se vê que percebe o estado em que chegou, aí é possível a recuperação. E nós também”* (sic). Levando em consideração o fato de quem realizou esse depoimento foi uma mãe, pode-se pensar aqui que houve um percurso natural no processo do desenvolvimento emocional do sujeito, onde, para que o filho seja capaz de criar as próprias habilidades e lidar com as adversidades do mundo, ele deve inicialmente aprender a lidar com as próprias angústias e frustrações, que no início de sua vida se dá pela “falha” necessária realizada pela mãe suficientemente boa (Winnicott, 1988).

Percebemos o quanto difícil é reconhecer-se como co-dependente, a família do dependente custa assumir sua própria fragilidade, o que sugere os depoimentos a seguir: *“É difícil entender que a gente é doente, o outro que bebe e a gente que é doente, como assim?”* (sic). E mais: *“Não era meu marido alcoólatra que estava afetando meus filhos, era eu que afetava com meu comportamento co-dependente, e para entender isso, foi um choque quando o psicólogo dos meus filhos me disse isso”* (sic). De acordo com outros estudos, os familiares costumam abandonar suas atividades, abdicando de sua vida própria para se voltarem inteiramente ao dependente, se tornando em grandes neuróticos obcecados (Vespucci & Vespucci, 2001).

Outro depoimento que destaca essa percepção da co-dependência foi: *“ela saía dizendo que estava indo ‘ali’ e logo voltava, nisso se passavam horas e eu saía na madrugada atrás dela para tentar saber o que havia acontecido, mas eu já sabia de*

alguma forma eu tentava me enganar, pois sabia que ela tinha ido se drogar, eu sentia, era sempre assim” (sic). A mesma pessoa que realizou este depoimento relata outro fato importante que amplia ainda mais nossa reflexão: *“antes eu acreditava que ela destruía a si mesma e a mim também, mas quando me dei por conta que era eu quem me destruía pensei comigo mesma: ‘tenho que cuidar de mim’. E então percebi que todos nos familiares ou as pessoas próximas devem cuidar de sua própria vida também, temos que estar bem conosco para poder ajudar alguém, então voltei a fazer coisas que eu gostava, como a minha caminhada no parque. Verdade sim, me senti culpada no início, mas uma hora a nossa vida acaba também, e ela vai ter que aprender a viver sem mim” (sic),* retomando assim os conceitos de outros estudos citados anteriormente (Vespucci & Vespucci, 2001), e também reforça-nos a noção de Winnicott (1988) sobre o amadurecimento emocional proporcionado ao indivíduo através daquele que exerce a função materna.

DISCUSSÃO

Pudemos observar a abrangência do fenômeno da co-dependência, notando que no instante que em estivemos a campo, nosso aporte teórico se manteve suspenso, para que só depois fizéssemos as devidas conexões. Tal fato se deve à grandeza deste fenômeno, do qual nos causou grande impacto, e a certeza de que além de uma revisão bibliográfica, a experiência de estar *in loco* se coloca indispensável para um pesquisador. A teoria que embasou nosso olhar nos propiciou uma visão simbólica das relações familiares estabelecidas, atentando para a função exercida pelos envolvidos, que para o trabalho em questão, apresenta-se como função materna primária.

A demora de um co-dependente em perceber a necessidade de tratamento, talvez esteja articulada a dificuldade em notar sua impotência no que se refere a manutenção do controle do outro. Enquanto para algumas doenças como as cardiopatias, diabetes, esquizofrenia, entre outras de caráter crônico, um familiar consegue através da administração de medicamentos exercer certo controle sobre o indivíduo, na dependência química isto não é possível. Apenas o dependente pode exercer o controle sobre si, mostrando ao co-dependente, sua própria fragilidade. No momento em que ocorre o desligamento de um co-dependente de um dependente químico, também se apresenta o *insight* de que não é possível viver a vida do outro, e deste modo, o co-dependente se permite trilhar novos caminhos em direção a sua independência relativa.

Por vezes notamos que, apesar de cada uma daquelas pessoas viverem uma experiência diferente e significativa dentro de seu contexto de vida, os discursos eram bem parecidos e aparentavam compartilhar das mesmas angustias e sofrimentos ao qual, nos depoimentos nos ficou claro que, todo aquele que co-participa da dependência sente e tenta de alguma forma livrar-se do vício de ser dependente da dependência química de quem se ama.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, R.C.S. (2000). *Usuários de cocaína e AIDS: Um estudo sobre comportamento de risco*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Cordeiro, D.C., Diehl, A., & Laranjeira, R.(2011). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Ed. Artmed.
- Ferreira, A.B.H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- Humberg, L.V. (2005). *Dependência do Vínculo: Uma releitura do conceito de co-dependência*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Maanen, J.V. (1979). Reclaiming qualitative methods for organizational research: A preface. *Administrative Science Quarterly*, 24, 520-526. doi: 10.2307/2392358.
- McDougall, J. (1996) *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. São Paulo: WMF.
- Olievenstein, C. (1985). *Destino do toxicômano*. (Maria Dominique Grandy, trad.). São Paulo: Artmed.
- Olievenstein, C. (1990). *A clínica do toxicômano: A falta da falta*. (Francisco Franke Settineri, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições Clínicas e Diretrizes. Porto Alegre: Artmed.
- Pratta, E.M.M., & Santos MA. (2009). O processo saúde/doença e a dependência química, interfaces e evolução. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 25, 203–211. doi: 10.1590/S0102-37722009000200008.
- Silveira-Filho, D. X. (1995). *Drogas - Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vespucchi, E.F., & Vespucchi, R. (2001). *O revólver que sempre dispara: Os dependentes de drogas e os caminhos para a recuperação, numa abordagem clínica*. São Paulo: Editora Casa Amarela.
- Winnicott, D.W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. (Irineu Constantino Schuch Ortiz, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D.W (1988). *Os bebês e suas mães*. (Jefferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D.W. (1990). *Natureza humana*. (Davi Litman Bogomoletz, trad.). Rio de Janeiro: Imago.

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM ABRIGOS PARA CRIANÇAS/ ADOLESCENTES: ENCONTROS PSICOLÓGICOS COM AS CUIDADORAS

Denise Sanchez Careta  e Ivonise Fernandes da Motta

Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica. LAPECRI (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade) - Núcleo de Abrigos. São Paulo, Brasil.

Como psicóloga e psicanalista, que nos últimos anos vem desenvolvendo intervenções psicológicas em contextos de abrigos para crianças e adolescentes, deparei-me com um grupo de mulheres, cuidadoras diretas de crianças abrigadas, que manifestava sofrimento psíquico intenso e que precisava, portanto, de cuidados psicológicos. Esta equipe de cuidadoras era composta por oito mulheres (2006-2008) e a rotina diária consistia em prover os cuidados físicos, de higiene e alimentação às crianças em acolhimento. O encontro anterior com as cuidadoras ocorreu durante a realização do estudo de Mestrado, em 2004, num determinado abrigo na região do Grande ABC (SP-Brasil), o qual tratava da investigação sobre o desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida (Careta, 2006). Como psicóloga, e considerando o sofrimento humano, estava clara para mim a importância de cuidar destas cuidadoras (Careta, 2011).

Amparada pela perspectiva winnicotianna, aquela que me orienta nos últimos anos, considerei as cuidadoras como o ambiente humano que poderia favorecer, se estiver saudável, o desenvolvimento daqueles que têm o abrigo como o ambiente indicado e possível para viver. De maneira simples, pensei: estas cuidadoras por não estarem bem com elas mesmas, sofriam e, conseqüentemente, faziam as crianças acolhidas também sofrerem, seja pela ausência afetiva como pela incontinência dos próprios impulsos, os quais, na maioria das vezes, repercutiam em reações de violência e exclusão para com as crianças. Então, resolvi cuidar daquele que cuida: as cuidadoras das crianças acolhidas em abrigo. Se a ação ambiental saudável favorece o desenvolvimento das potencialidades para a saúde do indivíduo, como compreendeu Winnicott, penso que, cuidar dos cuidadores de uma instituição é fundamental para que eles possam oferecer um cuidado “suficientemente bom” para aqueles que estão presentes no ambiente institucional. Assim, esclareço que este estudo, derivado da Tese de Doutorado (Careta, 2011), constituído pela intervenção psicoterápica com cuidadoras em abrigos, foi resultado de minha experiência com o contexto institucional e com o universo do acolhimento de crianças.

Parte-se da consideração de que, por meio do cuidado, aqui traduzido como a intervenção psicoterápica – encontros psicoterápicos em grupo com a equipe de

 - Denise Sanchez Careta, Núcleo de Abrigos – LAPECRI/USP, Rua das Palmeiras, 494, ap. 21. Bairro Jardim. Santo André, São Paulo. CEP: 09080-160. Brasil. E-mail: denisecareta@uol.com.br

cuidadoras - há possibilidades de resgatar a continuidade do processo de amadurecimento emocional, compreendido como o desenvolvimento das potencialidades herdadas. A finalidade desta mobilidade no crescimento emocional percorre a capacidade de rumar em direção à existência pessoal: sentir-se vivo e real, definindo assim a contextualização de saúde mental, “porque o viver e a vida do paciente assumem o comando.” (Winnicott, 1961/1999, p. 102)

Ser e se sentir real dizem respeito essencialmente à saúde, e só se garantirmos o ser é que poderemos partir para coisas mais objetivas. Sustento que isso não é apenas um julgamento de valor, mas que há um vínculo entre a saúde emocional individual e o sentimento de se sentir real (Winnicott, 1967/1999, p. 18).

Propõem-se levar o cuidado materno ao cuidado psicoterápico, o processo evolutivo paralisado à continuidade do desenvolvimento posterior, sempre guiados pela presença do aspecto humano, da expressão viva e da singularidade, para então compreendermos e sentirmos a importância do encontro psicológico. Como leitora de Winnicott, há muitos anos, entendi, por meio desta experiência com as cuidadoras no contexto do abrigo, o quanto o autor defendia as intervenções diferenciadas, levando-se em conta o que era possível fazer naquele momento, diz o autor (Winnicott, 1962/1983): “somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião.” (p. 155)

Cada vez mais temos observado a necessidade contemporânea de a psicologia avançar para fora dos consultórios e nesta experiência com as cuidadoras, não foi diferente: o enquadre diferenciado da intervenção psicoterápica acontecendo no abrigo e, portanto, a clínica inserida na instituição. Complemento ainda que, além de realizar os encontros psicoterápicos tendo como ancoragem a psicanálise, fundamentalmente a perspectiva winnicottiana, com *enquadres diferenciados* – os quais, segundo Aiello Vaisberg (2004) referem-se à *settings* alternativos, nos quais o método psicanalítico pode ser concretizado com rigor, esta intervenção pôde se propagar por dois anos, de forma sequencial – de 2006 a 2008. Esta temporalidade, por si só, indica a possibilidade de desenvolver a clínica em contexto institucional, com *enquadres diferenciados*. Estabeleceu-se, assim, a relação entre psicóloga, cuidadoras e contexto institucional.

Apoio-me em Bleger (1984) para defender minha presença como psicóloga e psicanalista além do emoldurado consultório para ingressar em círculos mais amplos, incluindo o atendimento clínico também com grupos e instituições. O autor (1984) ressalta que a necessidade de ampliar a atuação do clínico refere-se, sobretudo, ao fato de a dimensão psicológica se fazer presente em *tudo*, porque em tudo o ser humano intervém (p. 16). Escreveu Bleger (1984):

A função social do psicólogo clínico não deve ser basicamente a terapia e sim a saúde pública e, dentro dela, a higiene mental. O psicólogo deve intervir intensamente em todos os aspectos e problemas que concernem a psico-higiene e não esperar que a pessoa adoça para recém poder intervir. (p.20)

Partindo assim para a compreensão da importância do aspecto preventivo, penso que não devemos tratar somente daqueles indivíduos que sofre, como ação curativa, neste estudo só as crianças em acolhimento, mas tratar também daqueles que estão presentes no ambiente que envolve estes indivíduos, ou seja, as cuidadoras dessas crianças, com o que, talvez, muitas dificuldades emocionais poderiam ser amenizadas ou evitadas se dirigíssemos também a eles nossa intervenção na ação da profilaxia. Quer dizer: tratando o ambiente humano para que este auxilie o desenvolvimento emocional daqueles que dependem deste ambiente, no caso: as cuidadoras e crianças em acolhimento em abrigos. Por isso, penso que com indivíduos saudáveis do ponto de vista emocional, pode-se contribuir como parte para a minimização da delinquência.

O objetivo do estudo é apresentar a eficácia da intervenção psicoterápica desenvolvida em contexto institucional

MÉTODO

Fizemos o uso do método psicanalítico enquanto terapêutica e estratégia para a investigação dos fenômenos que centralizaram nosso estudo: os cuidados psicológicos para com a equipe de cuidadoras diretas de crianças e adolescentes em acolhimento; e a influência desta intervenção nos relacionamentos das cuidadoras com as crianças no abrigo. Os objetos de estudo foram as narrativas das participantes durante os encontros psicológicos e análise psicanalítica do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, desenvolvido por Aiello-Vaisberg (1999), a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias, criado por Trinca (1972).

Participantes

Equipe de cuidadoras diretas das crianças e adolescentes em acolhimento de um determinado abrigo de acolhimento, durante o período de 2006-2008. As cuidadoras vivem no abrigo juntamente com as crianças. Têm direito a uma folga semanal, porém, muitas vezes não utilizavam as folgas, e justificavam por não possuírem uma moradia e por reconhecerem a instituição como a própria moradia. São mulheres que, na grande maioria, migraram da região Nordeste do Brasil a fim de obterem melhores condições de subsistência em São Paulo. Dormem e fazem as refeições junto com as crianças no abrigo; permanecem durante todo o tempo, dia e noite, com as crianças. A rotina diária consiste em prover às crianças os cuidados físicos, de higiene, alimentação e com a saúde, como também levá-las e buscá-las na escola.

Material

Para investigar e avaliar a dinâmica psíquica das cuidadoras, atreladas aos relacionamentos com crianças em acolhimento, utilizamos o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema. Segundo Aiello-Vaisberg (1997), o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema originou-se a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias, de Trinca (1972). Esclarece Aiello-Vaisberg (1997):

No caso do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema na pesquisa de representações sociais, privilegiaremos, então, uma leitura transferencial centrada na apreensão do que diz o material acerca da posição existencial do sujeito grupal frente ao objeto social em pauta. (p. 276-277)

A utilização deste procedimento teve como objetivo estabelecer uma comunicação com o grupo de cuidadoras do abrigo, a respeito do *imaginário* sobre o tema: as relações humanas entre as cuidadoras e as crianças e adolescentes no abrigo. O procedimento temático consiste na solicitação de um desenho especificado em um determinado tema e a invenção de uma história sobre a figura desenhada. Assim, para este estudo, o tema proposto e a respectiva instrução: Desenhem uma cuidadora e uma criança abrigada e, após a produção gráfica: Escrevam uma história sobre o desenho. (Careta, 2011). Os procedimentos temáticos foram analisados psicanaliticamente de forma individual, no início dos encontros e após dois anos de intervenção. Em seguida, partimos para a compreensão de como o grupo se apresentava: a subjetividade da equipe de cuidadoras deste abrigo.

Procedimento

A intervenção psicológica com a equipe de cuidadoras realizou-se por dois anos, de 2006 a 2008. Os encontros ocorreram em grupo, semanalmente, por duas horas cada sessão, no próprio contexto da instituição. Os encontros psicológicos foram realizados em grupo por ser este o meio mais favorável de desenvolver a estratégia terapêutica no

abrigo. Tentamos, por alguns meses, ajustarmo-nos às necessidades do grupo (dia, horário e sala para os encontros), como um ambiente de *holding* (Winnicott, 1960), cujo manejo era constantemente necessário pela realidade institucional.

Apesar da necessidade crucial de acompanhamento psicológico, a participação das cuidadoras nos encontros psicológicos era livre, a partir da escolha de cada uma. Quando alguma cuidadora decidia não participar de um encontro, sua ausência não era questionada. Tal conduta era valorizada pelo grupo. Ao longo dos encontros com o grupo de cuidadoras, durante dois anos, não estabelecemos técnicas para serem desenvolvidas com o grupo. Todos os encontros construíram-se de forma espontânea, segundo os fenômenos emergentes. Cada encontro era compreendido de maneira singular.

Aplicamos coletivamente o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, no início do contato com o grupo e, após dois anos, na finalização, em 2008. Analisamos todos os materiais obtidos pelo grupo de forma individual, privilegiando a apresentação da dinâmica do universo psíquico de cada cuidadora, anteriormente e posteriormente à intervenção psicológica. Partimos, então, para a compreensão de como o grupo se apresentava: a subjetividade da equipe de cuidadoras deste abrigo.

RESULTADOS

Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema:

Selecionamos um Procedimento de Desenho-Estórias com Tema para esta apresentação (Fig.1), de 2006 e outro, de 2008 (Fig. 2), da mesma participante. A cuidadora será identificada por Nívea (nome fictício), 50 anos.

Justificamos a seleção deste material exclusivamente pela sua participação durante todo o período de 2006 a 2008. Seguimos a instrução para o desenho: “Desenhe uma cuidadora e uma criança abrigada” (Caretta, 2011). Após a confecção do desenho, conforme o tema proposto, solicitou-se a elaboração de uma história sobre o desenho realizado.

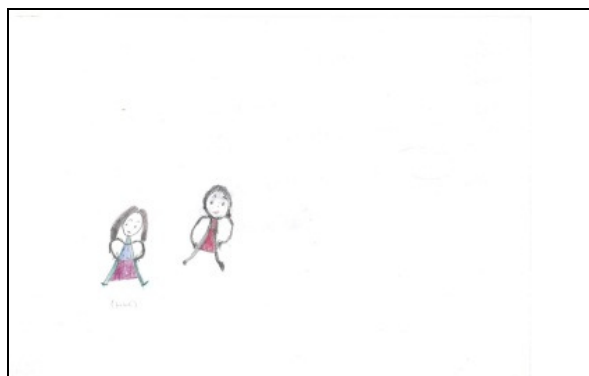


Figura 1

História:

Logo que cheguei aqui nesta casa chegou umas crianças e no meio dessas crianças veio uma criança muito especial para mim. Eu amo, é claro, que eu amo todos: mas o nome dela é E. (Nívea, 2006)



Figura 2

História:

Era uma vez um menino que chegou no abrigo e era um menino terrível que quase ninguém confiava nele. Algumas tias conversavam com ele para ver se ele melhorava e foi tudo em vão. Ele é frio e gostava muito de mentir e com tudo isso é muito difícil viver assim. As vezes as tias tem medo de ter ele por perto, não sei o que vai ser desta história ... Olha, antes a tia queria ajudar convidando-o para ouvir música, trocavam idéias, este menino e outros se sentavam com a tia e ela gostava de estar com eles sem maldade. Até que um belo dia, triste dia, ele foi tão frio, tão frio e falou uma grande mentira sobre esta tia e ela está sofrendo muito com isso e ela não sabe como vai terminar. (Nívea, 2008)

Nívea evolui em sua dinâmica psíquica: revela a diferenciação alcançada - representa uma figura adulta e duas crianças, acompanhadas por um movimento de gratidão e afetividade (Fig. 2). Comunica que evoluiu e agora pode ocupar o lugar de uma pessoa adulta, que cuida de crianças, com sentimentos afetivos, permeados por uma postura de acolhimento e ternura.

As relações são retratadas como não sendo apenas parcerias idealizadas e relações simbióticas, como em 2006 (Fig. 1). Comunica o contato com as emoções e revela angústias marcadas pela desconfiança de vínculos. O contato com as emoções: alegria e tristeza, apresenta-se acompanhado pela internalização da Moral e a Ética (senso de valores), como conquistas do desenvolvimento.

Síntese sobre a evolução do grupo psicológico com as cuidadoras de 2006 a 2008: Encontros Psicológicos.

Ao longo dos encontros, pudemos observar alguns momentos relevantes, os quais compreendemos como sinais evolutivos do desenvolvimento emocional da equipe. Citaremos de forma sintética.

2006: Desconfiança do ambiente; identificação com a privação; relatos sobre as tentativas de suicídio: desesperança na vida.

2007: Relatos de separações, perdas e abandono: contato com o ódio; percepção da relação de apego: aumento de contato psíquico; início do resgate dos aspectos positivos de vida.

2008: O grupo é sentido como continente para sentimentos contraditórios: início da ambivalência; as participantes ocupam de maneira genuína o lugar de cuidadoras e adultas; aparece a capacidade de olhar a criança e reconhecer suas necessidades.

Então: 2006: Caos e desesperança; 2007: Constituição de *holding* e noções de continuidade de envolvimento e, 2008: Envolvimento e esperança - Surge o futuro.

Entendemos que o grupo caminhou em direção ao crescimento emocional. O grupo, inicialmente com dissociação dos afetos e com extrema persecutoriedade, avança com

sinais de desenvolvimento, ampliando a capacidade de integração, indicando a possibilidade de autopercepção e da relação com a exterioridade. Estas mudanças psíquicas sinalizam o crescimento emocional das participantes.

Síntese sobre a Evolução das Cuidadoras

1. Diferenciação com a criança em acolhimento: ocupam o lugar de um adulto que cuida de criança;
2. Reconhecem as necessidades das crianças de maneira individualizada – singularidade;
3. Contato ampliado com os próprios afetos;
4. Mobilidade psíquica: trânsito emocional: comunicaram-se com vários aspectos do *self*: ser um bebê, ser uma criança, ser uma mãe, mantendo-se contendo angústias;
5. Proximidade natural com a função materna integrada ao trabalho de cuidadora;
6. Capacidade alcançada de reparação;
7. Brincar criativo: evolução de *self*;
8. Aspectos vivazes de esperança na vida;
9. Aquisições pessoais: tom de voz mais baixo, preocupação com a aparência;
10. Vinculação afetiva na equipe de cuidadoras;
11. Ambiente de *holding* no grupo: uma cuida da outra;
12. Ambiente de *holding* no abrigo: contato mais afetivo com as crianças acolhidas.

Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema foi eficaz para demonstrar a evolução do grupo de cuidadoras, tanto o crescimento emocional como o progresso das relações humanas. A inclusão do Procedimento de Desenhos-Estórias com o tema proposto facilitou a investigação sobre a relação das cuidadoras com as crianças e adolescentes em acolhimento, especialmente quando o procedimento foi reaplicado no final do período proposto dos encontros psicológicos, cuja demonstração de evolução emocional da equipe ficou evidente. Perceberam-se com clareza as principais transformações alcançadas pela equipe que foram demonstradas pelo Procedimento: as cuidadoras ocuparam o lugar de um adulto que cuida, diferenciadas emocionalmente das crianças e as relações humanas com afetividade no abrigo.

DISCUSSÃO

Este estudo nos permitiu levantar algumas hipóteses. São elas:

1. A busca do trabalho de cuidadora em abrigos pode estar relacionada com a busca pelo próprio cuidado interno.

Supomos que há aspectos internos de vivacidade que impulsionaram essas mulheres a procurar pelo trabalho de cuidadora em abrigos como uma maneira de também cuidarem delas mesmas internamente. Este auto-auxílio poderá ser um disparador para o crescimento emocional, se for auxiliado pelo acompanhamento psicológico. Esta questão poderá resultar em futuras investigações neste campo.

2. A ideia do abrigo também como um contexto reparador.

Para aquelas cuidadoras que possuem recursos internos para virem a cuidar de si ao cuidarem da criança no abrigo, desde que acompanhadas pelo atendimento psicológico. Esta forma de pensar inova e amplia o conceito do ambiente de abrigos, o qual tem sido visto, ainda nos tempos atuais, como um ambiente fundamentalmente desfavorável para o desenvolvimento.

De maneira sintética, citamos algumas constatações:

1. A clínica psicológica no contexto social.

A partir desta experiência constatamos o quanto é possível e útil desenvolver a clínica psicológica no contexto social, confirmando a possibilidade do uso do conhecimento psicanalítico fora do consultório, e permitindo que outras realidades sejam atendidas em suas necessidades, em atendimentos duradouros.

2. Mudança da realidade interna sem modificar a realidade externa (instalações do abrigo).

As evoluções emocionais observadas na equipe de cuidadoras aconteceram mantendo-se a mesma realidade social do ambiente (abrigo), independente das melhorias das condições ambientais externas.

3. Relacionamentos mais humanizados no abrigo.

As cuidadoras, ao alcançarem melhor contato emocional, podiam conter e elaborar o sofrimento psíquico. Ao longo do tempo, as relações interpessoais no grupo e no contexto do abrigo passaram a se constituir por relacionamentos mais humanizados.

4. O ambiente psicoterapêutico de holding.

O ambiente de *holding* deu sentido à relação viva e contínua experimentada entre as cuidadoras e a psicóloga. Esta relação pôde ser absorvida pelas cuidadoras, e com isso elas caminharam para um lugar mais amadurecido na relação com as crianças, de modo similar ao lugar mais amadurecido que a psicóloga ocupou no grupo, de “psicóloga cuidadora”.

5. Vivacidade *potencialmente herdada*.

As cuidadoras relatavam a falta de esperança em prosseguir com a vida, mas paralelamente estavam procurando por um auxílio, o que sinalizava um aspecto de saúde. Acreditamos que esta vivacidade *potencialmente herdada* contribuiu para mantê-las viva, como também serviu de base para viverem novas experiências e prosseguir com o crescimento emocional.

6. A importância do relacionamento humano sustentado pelo contato afetivo.

Consideramos que o desenvolvimento do ser humano acontece quando há uma figura humana ao seu lado que o estimule e o acompanhe. Ele não se desenvolverá emocionalmente se for apenas cuidado para manter-se vivo, sem o envolvimento afetivo e confiável. O ambiente psicoterapêutico confiável pôde proporcionar ao grupo o contato com suas emoções.

7. Continuidade dos encontros psicológicos para a equipe de cuidadoras.

A equipe necessita continuar a se desenvolver emocionalmente, o que beneficiará ainda mais a qualidade das relações humanas com as crianças. As cuidadoras estando ainda mais evoluídas emocionalmente estarão mais próximas afetivamente da função materna, integrando-a naturalmente no seu trabalho e nos relacionamentos com as crianças em acolhimento.

Reiteramos que, ao longo dos encontros psicológicos, por dois anos consecutivos, as cuidadoras vivenciaram algumas experiências, tanto com a vida psíquica como com o exterior. Revivências de traumas e novas experiências também foram vividas pelo grupo, fundamentalmente por ampliação do contato psíquico. As cuidadoras aproveitaram o grupo como um espaço de escuta regado pelo desenvolvimento da confiança ambiental. De forma mais integrada, mostraram-se diferenciadas das crianças, ocupando o lugar da cuidadora e manifestaram cuidados também entre elas, demonstrando sinais de integração dos vínculos afetivos entre os componentes da equipe.

Sabemos que as relações humanas são paradoxais e que os sentimentos hostis estão presentes nos relacionamentos humanos. O desafio, neste caso, é integrar os afetos. Por isso, compreendemos que, se as cuidadoras continuarem a se desenvolver emocionalmente, muito provavelmente, aproximar-se-ão da capacidade de auto percepção e da continência dos próprios sentimentos, sejam eles quais forem, o que

facilitará a ampliação do contato com a realidade interna e externa. Desta forma, estando mais evoluídas emocionalmente, acreditamos que estarão mais próximas afetivamente da função materna, integrando-a naturalmente no seu trabalho e nos relacionamentos com as crianças em acolhimento. Vale ressaltar que observamos evoluções psíquicas nas cuidadoras ao longo dos encontros psicológicos, realizados em grupo, uma vez na semana, no próprio contexto institucional. Isto nos faz pensar o quanto é possível se desenvolver emocionalmente em *enquadres diferenciados*, além dos emoldurados pelos consultórios.

Entendemos que o grupo caminhou em direção ao crescimento emocional. O grupo, inicialmente com dissociação dos afetos e com extrema persecutoriedade, avança com sinais de desenvolvimento, ampliando a capacidade de integração, indicando a possibilidade de auto percepção e da relação com a exterioridade. Estas mudanças psíquicas sinalizam o crescimento emocional das participantes.

Consideramos, a partir desta experiência, o quanto é possível e extremamente útil desenvolver a clínica psicológica no contexto social, confirmando a possibilidade do uso do conhecimento psicanalítico além do consultório e permitindo que outras realidades sejam atendidas em suas necessidades. Acreditamos que o aspecto de saúde presente nas cuidadoras, foi fortalecido pelos encontros psicológicos, pela interação com um ambiente suficientemente bom, ainda que tardio. Esta consideração reflete nossa aceitação da visão de saúde tão bem defendida por D. W. Winnicott (1967/1999):

A vida de um indivíduo saudável é caracterizada por medos, sentimentos conflitivos, dúvidas, frustrações, tanto quanto por características positivas. O principal é que o homem ou a mulher sintam que *estão vivendo sua própria vida*, assumindo responsabilidade pela ação ou pela inatividade, e sejam capazes de assumir os aplausos pelo sucesso ou as censuras pelas falhas. (p. 10, grifo do autor)

É neste ponto que aceitamos a contribuição de D. W. Winnicott sobre a importância da ação ambiental no processo do desenvolvimento humano, que tanto poderá auxiliar como prejudicar. Neste estudo, o ambiente psicoterapêutico pode auxiliar no *descongelamento* das tendências inatas para o desenvolvimento das cuidadoras. O ambiente psicoterápico embalado pelo *holding*, com a presença viva e contínua da psicóloga, favoreceu às cuidadoras a identificação com a “*cuidadora psicóloga*”, permitindo que viessem a ocupar o lugar amadurecido de uma cuidadora, integrado à capacidade de se sentirem verdadeiras e afetivas nas relações.

A ação do ambiente é realmente fundamental para a continuidade do desenvolvimento das tendências inatas para a saúde que o indivíduo vier a possuir; no entanto, lembramos que é também pela ação desfavorável do ambiente que estas tendências podem *congelar* e até se paralisar. Concluimos que estes encontros psicológicos com as cuidadoras, realizados no contexto institucional, poderão constituir um *modelo preventivo* de intervenção para o progresso da saúde mental em abrigos.

Indicamos os encontros psicológicos *em enquadres diferenciados* para as cuidadoras em todos os abrigos, realizados em grupo e no próprio contexto institucional, como medida preventiva e não somente curativa. As cuidadoras poderão compreender muito mais o sofrimento das crianças em acolhimento quando compreenderem a si mesmas. Esta intervenção psicológica com as cuidadoras pode ser entendida como uma *medida de saúde pública* em contextos institucionais.

Por fim, podemos nos deparar nesta experiência com um ambiente com saúde psíquica, com condições de prosseguir com a evolução emocional, as cuidadoras e o próprio contexto do abrigo, lembrando que seguimos a compreensão winnicottiana (1967) que na saúde encontramos também conflitos, medos, frustrações. Reconhecemos

que o ambiente humano do abrigo possui muitos aspectos saudáveis, mesmo que ainda necessitando de cuidados, mas constatamos que a equipe de cuidadoras se apresenta mais humana e com vitalidade para o crescimento emocional.

REFERÊNCIAS

- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1997). Investigação de representações sociais. In W. Trinca (Org.), *Formas de Investigação Clínica em Psicologia* (pp. 255-288). São Paulo: Vetor.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Ser e Fazer. Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. In T.A. Vaisberg (Ed.). *Ser e fazer. Enquadres diferenciados na Clínica Winnicottiana* (pp.119-128).Aparecida, SP: Ideias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre-Docência. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bleger, J. (1984). O psicólogo clínico e a higiene mental. In J. Bleger (Ed.), *Psico-Higiene e Psicologia Institucional* (E. O. Diehl, Trad.) (pp. 20-30). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bleger, J. (1984). Introdução. In J. Bleger (Ed.), *Psico-Higiene e Psicologia Institucional* (E. O. Diehl, Trad.) (pp. 15-17). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Careta, D. S. (2006). *Análise do desenvolvimento emocional de gêmeos abrigados no primeiro ano de vida: Encontros e divergências sob a perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-16112006-165108/pt-br.php>
- Careta, D.S. (2011) *Quando o ambiente é o abrigo: Cuidando das cuidadoras de crianças em acolhimento institucional*. (Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP). Recuperado de: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-14062011-161730/pt-br.php>
- Trinca, W. (1972). *Desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Winnicott, D. W. (1962-1983) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trad.), (pp. 38-54). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1961-1999) Tipos de psicoterapia. In D.W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa*, (3ª ed.) (P. Sandler, Trad.) (pp. 93-103). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1962-1983). Os objetivos do tratamento psicanalítico. In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trad.), (pp. 152-155). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1961-1999). O conceito de indivíduo saudável. In D.W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa* (3ª ed.) (P. Sandler, Trad.) (pp. 3-22). São Paulo, SP: Martins Fontes.

O HOLDING ATRAVÉS DA SENSORIALIDADE: EXPERIÊNCIAS COM BEBÊS INSTITUCIONALIZADOS

Benedita Torres Rodrigues , Bruna R. Fransatto, Pammela M. Mattos, Denise Sanchez Careta e Ivonise Fernandes da Motta

Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica. LAPECRI (Laboratório de Pesquisa sobre o Desenvolvimento Psíquico e a Criatividade) - Núcleo de Abrigos. São Paulo, Brasil.

Sabe-se que os bebês na condição de institucionalizados sofrem rupturas precoces, ocasionadas não somente pelo acolhimento, mas pela privação de suas figuras parentais, acompanhada por vivências perturbadoras sofridas em seu início de vida. Seguindo o pensamento de Winnicott (1965/2011) as crianças que se encontram em acolhimento apresentam seu desenvolvimento emocional muito prejudicado, desde muito cedo aprendem a lidar com os sentimentos despertados pelas adversidades a que são expostas, ou seja, encontram-se distante dos cuidados materno e diante de vivências traumáticas, fruto das privações sofridas. Frente a esse contexto de privações, o autor afirma que para o reestabelecimento e manutenção da saúde mental do indivíduo é fundamental o desenvolvimento de sua capacidade de amar, esta adquirida a partir de repetidas experiências com cuidados maternos suficientemente bons.

As experiências em instituições nos mostram que a maioria dos bebês abrigados chega vulnerável física e psiquicamente, com sintomas importantes, por exemplo; abstinência de substâncias psicoativas como álcool e drogas, vítimas de violências, maus tratos e negligência de cuidados. Posto este cenário é possível dizer que os bebês se encontram em uma condição de fragilidade e carecem de muitos cuidados, inclusive físicos, uma vez que estes apresentam problemas respiratórios constantes, choros intermitentes e agitação.

Seguindo o pensamento do autor é de grande importância conhecer a história de vida dos bebês para que assim seja possível ter uma ideia do que estes viveram e suas experiências de privações, a fim de, avaliar os aspectos saudáveis de sua vida psíquica (Winnicott, 1965/2011). No entanto a realidade de acolhimento muitas vezes não permite entender os aspectos psíquicos dos bebês anteriores a seu ingresso na instituição, sendo a aproximação e contato fundamental para conhecer as reações dos bebês e trabalha-las, tanto pelas cuidadoras como pela equipe de psicólogas.

Winnicott (1956/2000) afirma que quando pensamos em desenvolvimento emocional de um bebê logo surge à necessidade de criação de um ambiente adaptado às necessidades dele, ou seja, de uma mãe que se encontre em um estado de preocupação materna primária. Segundo Winnicott, (1956/2000):

 Benedita Torres Rodrigues, Rua Ana Maria Martinez, 437, apto 21- Bairro Assunção- São Bernardo do Campo – SP. Brasil. CEP- 09811-000, E-mail: benny-6@hotmail.com

A mãe que desenvolver este estado ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança começa a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobra-se, e para que o bebê começa a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. A vida instintiva não precisa ser mencionada aqui porque o que estou descrevendo tem início antes do estabelecimento de padrões instintivos. (p. 399-405)

No caso dos bebês institucionalizados a necessidade é de serem cuidados por um ambiente humano afetivo e cuidadoso. Winnicott (1967a/2005) esclarece: O “segurar” pode ser feito, com sucesso, por alguém que não tenha o menor conhecimento intelectual daquilo que está ocorrendo com o indivíduo; o que se exige é a capacidade de se identificar, de perceber como o bebê está se sentindo.

O bebê que está em seu início de vida depende de uma figura materna que possa lhe oferecer condições ambientais favoráveis para ele se desenvolver e alcançar a saúde mental. O autor destaca que para o desenvolvimento do potencial de cada bebê, que é herdado, é necessário um ambiente circundante a ele que possa oferecer o que nomeia de *holding*, o contato físico que compreende um gesto no encontro entre uma mãe e um bebê (Winnicott, 1960/2007).

O segurar do bebê se apresenta como um facilitador do processo de integração, Winnicott (1960/2007) afirma que o *holding* é muito importante para o desenvolvimento dos bebês e característica fundamental do cuidado materno como uma provisão ambiental. Ou seja, que inclui uma rotina em que o bebê possa se sentir confortável, alimentado, com a higiene em dia, com um ambiente sem ruídos, com a temperatura adequada, entre outros aspectos de cuidados. Estas provisões maternas exemplificadas se constituem como forma de demonstração de amor, e na sua ausência quando as mães não conseguem desenvolvê-las podem favorecer a vivência de estados de privação nos bebês, com consequências que poderão ser expressas através de sentimentos de insegurança, choros intermitentes entre outros aspectos.

Para Winnicott, (1954/1990):

A medida que o self se constrói e o indivíduo é capaz de incorporar e reter lembranças do cuidado ambiental, e portanto de cuidar de si mesmo, a integração se transforma em um estado cada vez mais confiável. Desta forma, a dependência diminui gradualmente. Enquanto a integração vai se tornando um estado contínuo do indivíduo. (p.137)

Como citado anteriormente, as mães que não conseguem desenvolver o *holding* adequado podem prejudicar o desenvolver-se de seu bebê e em casos mais extremos as experiências perturbadoras continuadas no decorrer de seu desenvolvimento podem ser muito prejudiciais em seu desenvolvimento emocional. (Winnicott, 1967b/1990).

Ainda para Winnicott (1960/2007), é de grande importância que as primeiras experiências do bebê aconteçam em um ambiente de cuidados favoráveis, sendo está à base para a saúde mental do indivíduo. Na falta destes cuidados e de uma mãe que possa oferecer estas condições, os bebês se encontram sujeitos ao possível desenvolvimento de quadros psicopatológicos, pois necessitam reagir precocemente às situações de desconforto que são expostos. Dessa maneira as perturbações sofridas podem vir a prejudicar o desenvolvimento de seu ego. Segundo Winnicott (1960/2007):

Com o cuidado que ele recebe de sua mãe cada lactente é capaz de ter uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é

suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há continuidade do ser. (p.53)

As ideias de Winnicott colaboraram para a compreensão do desenvolvimento emocional e as privações sofridas em um contexto de institucionalização. Winnicott defende que apesar das falhas ambientais que estes bebês possam ter sofrido em seu início de vida, existe o potencial herdado que está ali para vir a ser desenvolvido. Dessa maneira, considerando o olhar de Winnicott sobre a importância de um ambiente favorável circundante ao bebê, nossa prática aqui apresentada surgiu como medida facilitadora para o desenvolvimento de bebês institucionalizado.

MÉTODO

A prática psicológica discutida neste artigo, a qual vem sendo desenvolvida no próprio contexto de acolhimento, é aplicada a partir da demanda dos bebês e tem como foco a criação de um ambiente de *holding* nos berçários. Essa prática poderá ser estendida ao manejo da equipe de cuidadoras do berçário, tendo como objetivo que os bebês possam ser assistidos afetivamente a maior parte do tempo, tanto pela equipe de psicólogos como pelas cuidadoras, oferecendo um ambiente humano circundante favorável para o desenvolvimento emocional daqueles bebês que dependem de instituições para viver.

A equipe está formada por três psicólogas que se revezam entre si, com a frequência semanal, para atender os bebês. Esta prática psicológica consiste em se comunicar com os bebês por meio dos toques corporais, massagens, olhares e sons produzidos e reproduzidos pela dupla psicólogo/bebês. Estas experiências desenvolvidas com os bebês podem contribuir para promover o contato dos mesmos com o ambiente, de maneira favorável como parte do *holding*. Esta prática psicológica fundamenta-se na Psicanálise sob a perspectiva de D. W. Winnicott.

Procedimento

Serão relatados alguns fragmentos sobre duas experiências destas práticas realizadas com bebês, os quais denominaremos de Marcela e Bárbara (nomes fictícios). Marcela chega à instituição aos quatro meses e os atendimentos se iniciam aos nove meses. Era um bebê que não interagia, não demonstrava sentimentos, emoções e nem mesmo chorava, como ocorre a um bebê quando quer expressar alguma necessidade, além de não emitir nenhuma comunicação verbal através de sons ou sorrisos. Apenas olhava silenciosamente quando lhe era dirigida atenção. Apresentava-se num estado amorfo, sem nenhuma vivacidade. Passava grande parte do tempo deitada.

Nos atendimentos com Marcela, o contato estabelecido entre ela e a psicóloga se deu por meio do toque corporal, massagens com os dedos no corpo de Marcela, nos pés e pernas, mãos e braços, tórax e também emissão de sons e olhares entre Marcela e a psicóloga. Em um curto espaço de tempo cerca de um mês, Marcela apresenta alterações importantes em seu comportamento, inicialmente expressando-se através do balbuciar, em seguida progresso na atividade motora, a qual abria os braços em direção à psicóloga, como pedido para ser segurada e demonstrava sinais de contentamento com o contato através da corporeidade. Dessa maneira, observamos que de um estado inicial amorfo, Marcela pode aproveitar o contato corporal que lhe foi oferecido, podendo descobrir seu próprio corpo (braços, pernas, mãos, boca, etc.) e expressar-se com vivacidade. Foi orientado que a cuidadora de referência dos berçários pudesse acompanhar inicialmente os contatos estabelecidos pela dupla psicóloga/bebê para posteriormente replicar o mesmo cuidado afetivo em outros períodos.

Seguindo, refletiremos sobre a experiência com Bárbara. O bebê chega à instituição com suspeita de maus tratos aos oito meses. Bárbara havia sido hospitalizada duas vezes em decorrência de fraturas múltiplas, sendo a última internação com duração de aproximadamente quatro meses, seguindo para o acolhimento. No primeiro dia de acolhimento, Bárbara apresentava-se em sofrimento, emitia choro intenso, sendo que as condutas oferecidas pela psicóloga tais como segurar e acalantar, embalá-la ritmicamente, confortar com fala suave, foram em vão.

A psicóloga tentou se aproximar de Bárbara com contato corporal, no entanto, percebeu que era justamente algo que a incomodava, pois se suspeitava que as fraturas do bebê fossem decorrentes de agressão física. É decidido pela equipe de psicólogos, deita-la no berço e sentar-se ao lado de Bárbara. A psicóloga ofereceu sua mão para que Bárbara pudesse se aproximar quando desejasse e então ela estende suas pequenas mãos e entrelaça as da psicóloga. A dupla permanece assim durante um longo tempo até Bárbara se acalmar, os choros cessarem e ela adormecer.

Nos encontros seguintes com Bárbara repetiram-se os contatos corporais conforme sua aceitação, com o objetivo de acalmá-la, e ainda, propor a experiência de estabelecer contato de maneira afetiva. Atrelado aos encontros semanais com a psicóloga as cuidadoras do berçário foram orientadas a estender esses contatos com Bárbara ao longo dos dias.

Bárbara no início dos encontros, além da recusa do contato corporal, apresentava-se apática e com déficit quanto ao tônus muscular. Providenciou-se o aumento da frequência de encontros com a Bárbara, sendo que outras duas psicólogas também se revezavam durante a semana a fim de desenvolver o contato corporal. Concomitantemente, as cuidadoras também desenvolviam o contato corporal. Nos dois meses seguintes, Bárbara avança em suas conquistas, não rejeitava mais o contato corporal, permitia ser acolhida nos braços e ficar no colo, sentava e ficava em pé no berço, com força e tônus muscular, como também apresentava expressivos balbucios.

DISCUSSÃO

A prática psicológica foi desenvolvida com rigor e amparada pela teoria do desenvolvimento que defende a importância do ambiente favorável circundante ao indivíduo para o crescimento emocional saudável. Como o ambiente de acolhimento infantil necessita de auxílio psicológico para o desenvolvimento de crianças que sofreram privações, esta prática psicológica descrita favoreceu ao desenvolvimento global dos bebês, sendo úteis as ideias de Winnicott sobre a influência ambiental para o desenvolvimento emocional. Frente a essa realidade de privações nos abrigos, a prática proposta nos berçários pela equipe de psicólogos juntamente com as cuidadoras propiciando a continuidade do contato, foram eficazes para minimizar o sofrimento e facilitar o desenvolvimento das potencialidades dos bebês que conseguiam aproveitar o contato corporal.

Esta é uma comunicação que o bebê pode entender, uma vez que no início de vida a experiência é essencialmente corporal, a partir desse ambiente adaptado, alguns bebês alcançaram a possibilidade de descobrir e explorar seu próprio corpo, podendo também manifestar ruídos vocais na forma de balbucios, expressões afetivas, sorrisos e movimentos motores como expressão de vivacidade. A partir dos relatos de experiências com os bebês, podemos perceber como a prática corporal desenvolvida com frequência auxiliou para aquisições no desenvolvimento, como exemplo podemos citar Bárbara. Esse bebê inicialmente necessitava de um ambiente humano circundante sensível e que reconhecesse sua recusa para o contato corporal, visto que seu histórico

apresentava intensas agressões físicas. A sensibilidade do ambiente adaptado às necessidades do bebê consistia em permitir que ele se aproximasse à medida que pudesse reconhecer que o novo contato através do toque agora era favorável e afetivo.

Quanto à experiência de Marcela, destacamos que ela inicialmente se apresentava em um estado amorfo, com ausência de expressividade e sem demonstrar aspectos de vivacidade. A partir do contato com um ambiente adaptado as suas necessidades, priorizando o toque corporal como meio de contato, percebemos o quanto Marcela pode evoluir com expressivas aquisições, acompanhadas por troca de olhares, balbucios e interações com vivacidade.

Por fim, esta prática psicológica constituída por promover o contato com bebês por toque corporal, foi desenvolvida em parceria com cuidadoras do berçário, que puderam ser orientadas a respeito das necessidades dos bebês e deram continuidade em seu dia-a-dia. Dessa maneira, podemos concluir este artigo ressaltando a importância de promover um ambiente de *holding* nos berçários, priorizando o toque corporal como forma de contato afetivo com os bebês que se encontram privados de um lar suficientemente bom.

REFERÊNCIAS

- Winnicott, D. W. (1954). Integração. In D.W. Winnicott (Ed.), *Natureza Humana* (1990) (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 135-142). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1956). A preocupação materna primária. In D.W. Winnicott (Ed.), *Da Pediatria a Psicanálise* (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1960) Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D.W. Winnicott (Ed.), *O ambiente e os processos de maturação* (2007) (I. C. S. Ortiz, Trad.), (pp. 38-54). Porto Alegre: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1965). Sobre a criança carente e de como ela pode ser compensada pela perda da vida familiar. In D.W. Winnicott (Ed.), *A família e o Desenvolvimento Individual* (2011) (M. B. Cipolla, Trad.) (pp. 125-133). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1967a) O conceito de indivíduo saudável. In D.W. Winnicott (Ed.), *Tudo começa em casa* (4ª ed.) (2005) (P. Sandler, Trad.), (pp. 3-22). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1967b). O fracasso do contato inicial. In D.W. Winnicott (Ed.), *Natureza Humana*, (D. L. Bogomoletz, Trad.) (pp. 127-135) (1990). Rio de Janeiro: Imago.

QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES ANGOLANAS COM CANCRO DA MAMA

Ilda Sebastião ✉ 1, Catarina Ramos 1,2 e Isabel Leal 1,2

1-ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal; 2-UIPES – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, ISPA-IU, Lisboa, Portugal

O cancro da mama, é o tumor maligno mais comum nas mulheres e já considerado nos nossos dias, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo um problema de saúde pública mundial (Leão et al., 2013; Maluf, Mori, & Barros, 2005; Mols, Vingerhoets, Coebergh, & van de Poll-Franse, 2005). A sua incidência aumenta com a idade e a condição geográfica. Estudos indicam que a incidência é mais baixa na África e na Ásia do que na América e Europa, sendo que a maior incidência, verifica-se na Europa Ocidental e na Europa do Norte, em contraste com os países do leste e do sul da Europa, que evidenciam taxas mais baixas (Patrão & Leal, 2004; Rebelo, Rolim, Carqueja, & Ferreira, 2007). Para os países da Europa, a cifra aponta para 350.000 novos casos de cancro da mama em 2000, onde 130.000 resultaram em óbito (Northouse et al., 1999; Patrão & Leal, 2004). Para Portugal, a estimativa é de que uma em cada 10 mulheres irá desenvolver a doença, em algum momento da sua vida e que diariamente 11 mulheres vão receber o diagnóstico, sendo que quatro morrerão em consequência da doença (Bastos, Barros, & Lunet, 2007; Moreira, Silva, & Canavarro 2008). Na última década, anualmente, cerca de 4300 a 4500 novos casos de cancro da mama são diagnosticados, dos quais cerca de 1500 terminaram em óbito (Bastos et al., 2007; Moreira et al., 2008). A tendência revela um acentuado aumento da doença nos últimos anos, embora determinados fatores como, a implementação de novas técnicas de diagnóstico e terapêutica e pelo diagnóstico precoce, e programas eficazes sobre a epidemiologia do cancro e do rastreio, como a realização da mamografia, determinam uma redução da mortalidade, nas últimas décadas (Boyle et al., 2003; Macedo et al., 2008). Esta nova realidade, reforça a necessidade de um maior investimento na avaliação da QDV das mulheres com cancro da mama em todas as etapas da doença, uma vez que a literatura revela haver morbilidades nas pacientes, cinco anos após terminarem os tratamentos para o cancro da mama (Moreira et al., 2008).

Para África (Angola), a falta de dados estatísticos consolidados e o défice acentuado de informação acerca da realidade oncológica, quer por deficiência nos programas estatísticos, quer por escassez nos meios de rastreio, de diagnóstico e de terapêutica, obriga a que pacientes africanos com suspeita de doença oncológica, emigrem para a Europa ou para a América em busca de assistência médica oncológica, acabando muitas vezes por falecerem ou não retornarem às suas zonas de origem, por fixarem residência onde haja assistência oncológica adequada parece estar na base da crença da baixa

✉ - Ilda Conceição- E-mail: ildaduarte1@hotmail.com

incidência da doença (Cá, 2013). No seu relatório anual sobre a região africana, a Organização Mundial da Saúde (OMS), revelou, em 2008, que o cancro constitui um problema grave para a região. Em 2002, registaram-se 582 000 novos casos prevendo-se, que este aumento no número de casos duplicará até ao ano de 2020 (Sambo, 2012). Adicionalmente, Luís Sambo, (2012), revelou no seu relatório em nome da OMS, que, 50% de todos os cancros ocorrem na população mundial que vive em países em vias de desenvolvimento e que possui apenas 5% dos recursos globais necessários para o exercício do serviço oncológico. Esta realidade, aumenta o índice de “fuga” dos pacientes para efetuarem os tratamentos em outros países, e os índices de morbilidade e mortalidade, tornando-se quase impraticável o exercício fidedigno do programa estatístico africano do cancro. No entanto, segundo um relatório não publicado do Centro Nacional de Oncologia (CNO), dos 10 novos casos de cancro diagnosticados diariamente naquela instituição, o cancro de mama lidera as estatísticas e tem sido diagnosticado também em homens (Manaças, 2013), sendo que nos últimos cinco anos registaram-se um total de 987 novos casos de cancro da mama. Salienta-se, porém, que estes dados não correspondem a uma cobertura nacional angolana, mas ao número de casos de indivíduos que acorreram ao CNO em busca de alívio para a sua enfermidade e consequentemente alguma qualidade de vida.

A qualidade de vida (QDV) é um constructo multidimensional, e é hoje nos nossos dias, tido como uma medida para avaliar de forma subjetiva o bem-estar físico, emocional e psicossocial dos indivíduos por meio da análise de dados obtidos através de questionários psicometricamente validados para cada situação (Pais-Ribeiro, Pinto, & Santos, 2007). As dimensões sociodemográficas e médicas, também têm sido relacionadas nos mesmos estudos, tendo em conta a perceção do indivíduo, sobre o impacto da doença nas diversas áreas psicossociais da sua vida (Campolina, Ciconelli, & Ferraz, 2006; Maluf et al., 2005). Assim, a avaliação da QDV é um exercício necessário, para a melhoria das práticas clínicas e de uma assistência médica oncológica mais eficaz e adequada a cada contexto visando uma melhoria da QDV dos pacientes. Para tal, vários instrumentos, foram desenvolvidos e/ou adaptados em países da Europa e da América, tendo em conta parâmetros comportamentais e socioculturais específicos da população aí existente (Makluf, Dias, & Barra 2006).

As escalas de avaliação de QDV, seguem duas perspetivas distintas: as escalas de perspetivas funcionais genéricas, que são todas aquelas que focam aspetos que são comuns a todas as pessoas, doentes ou sem doença (e.g. WHOQOL-100) e as escalas de perspetivas funcionais específicas (e.g. EORTC-QLQ-BR-23), que avaliam doenças específicas, como por exemplo o cancro da mama, em que o objetivo é avaliar a funcionalidade do indivíduo, tendo em conta as limitações que são impostas pelas características da doença e dos vários tratamentos (Pais-Ribeiro et al., 2007). A grande maioria destes instrumentos utilizam a metodologia quantitativa e não existe, um consenso sobre qual o melhor instrumento (Makluf, et al., 2006), sendo que a OMS desenvolveu em 15 línguas diferentes, uma medida de avaliação de QDV, que avalia os mesmos aspetos em todas as línguas, sendo que a tradução e adaptação a cada povo e cultura é imperioso para a sua respetiva credibilidade. Os domínios considerados pela OMS para serem avaliados nessas medidas são os seguintes: 1) Saúde física/saúde geral 2) Saúde psicológica; 3) Nível de independência; 4) Relações sociais; 5) Ambiente; 6) Espiritualidade/Religião/ Crenças pessoais (Pais-Ribeiro et al., 2007). Em 2001, a Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Cancro, também desenvolveu o questionário de QDV, EORTC QLQ-C30 (2001a), a partir do qual, surgiram outros módulos para cancros específicos, como é o exemplo do EORTC QLQ-BR23 (2001b), para o cancro da mama.

O cancro da mama, provoca alterações físicas, psíquicas, emocionais e sociais, afetando a mulher em várias dimensões: bem-estar, imagem corporal, sexualidade e relação interpessoal (Begovic-Juhant, Chmielewski, Iwuagwu, & Chapman, 2012; Bergamasco & Ângelo, 2001). A experiência de cancro da mama, está descrita como tendo três fases distintas: a) A primeira fase (aguda) começa com o diagnóstico do cancro e termina com os tratamentos; b) A segunda fase (intermédia) começa com o fim dos tratamentos; c) A terceira e última fase (permanente) englobam a duração de vida da mulher após os tratamentos (Pinto & Ribeiro, 2006). Todas essas fases têm, por si só, um profundo impacto na vida da mulher e são muitas vezes caracterizadas por um aumento da perturbação emocional e uma diminuição da QDV, primeiro pela preocupação com os tratamentos e os efeitos colaterais, na primeira fase e pela espera cautelosa, as consultas regulares, e um estado de vigília permanente e o medo da recorrência, na segunda e na terceira fase (Moreira et al., 2008). A avaliação credível da QDV, deve ser realizada nas mais distintas fases da doença e dos tratamentos, pelas variações das respostas inerentes a cada fase. Embora alguns estudos considerem como resposta normativa esperada em situação de perdas, algumas mulheres apresentam algum grau de perturbação emocional e reações emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva e sentimento de perda de controlo sobre o futuro durante e após os tratamentos (Ganz et al., 2004; Moreira et al., 2008). Nos últimos anos, diversos estudos avaliaram a QDV em mulheres com cancro da mama, aferindo as implicações das características sociodemográficas e clínicas na manifestação da QDV, sendo que as mais avaliadas são: a idade, o estado civil, a raça e/ou etnia, o tipo e a fase do diagnóstico e o tipo e a duração dos tratamentos (Bloom, Stewart, Chang, & Banks, 2004; Broeckel, Thors, Jacobsen, Small, & Cox, 2002).

A idade, é uma variável que pode determinar maior ou menor morbidade, dependendo da fase do ciclo de vida da mulher, e do tipo de tratamentos (Maluf et al., 2005; Rebelo et al., 2007). O impacto negativo é maior, em mulheres que nunca tiveram filhos ou naquelas que não são mais menstruadas (Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998). O estado civil, também pode influenciar a QDV das pacientes de forma positiva ou negativa. Alguns estudos revelam que, no geral, as mulheres casadas, ou com um relacionamento estável, apresentam maiores níveis de QDV e saúde global do que as mulheres não casadas (Lewis, Hammond, & Woods, 1993; Shimozuma, Ganz, Petersen, & Hirji, 1999).

A raça e a etnia, também são associadas nos estudos de avaliação da QDV e cancro da mama. Estudos que correlacionaram o cancro da mama, a QDV e a raça e/ou etnia, revelaram que, apesar do cancro da mama ser menos frequente em mulheres negras do que em outras raças e/ou etnias, a mortalidade é superior nas mulheres negras, independentemente da sua etnia (O'Malley, Le, Glaser, Shema, & West, 2003). A literatura revela ainda que, esta observação desproporcional está associada com o nível socioeconómico baixo, a baixa escolaridade e a deficiência no acesso aos meios de diagnóstico e terapêutica (Newman et al., 2006).

No que diz respeito ao tipo de tratamento, a literatura revela que, as mulheres submetidas a mastectomia, apresentam menor QDV geral e saúde global, quando comparadas com as mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama (Alegrance, Souza, & Mazzei, 2010; Ramos & Patrão, 2005). Entretanto, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, apresentam maiores receios com o futuro da sua saúde por medo da recorrência da doença ou da metastização (Maluf et al., 2005; Montazeri, 2004). Por outro lado, as mulheres submetidas a mastectomia, e a quem foi feito o esvaziamento axilar, relatam pior funcionamento físico, apresentando linfedema do braço, dor, fadiga e pior adaptação ao trabalho, sendo que, aquelas que são sexualmente

ativas, apresentam pior percepção da sua imagem corporal (Alegrance, et al., 2010; Beaulac, McNair, Scott, LaMorte, & Kavanah, 2002). De forma geral, as cirurgias, apresentam repercussões nos relacionamentos interpessoais, sociais e, em particular, nas relações íntimas e sexuais (Ramos & Patrão, 2005; Rebelo et al., 2007). Estudos que avaliaram cancro da mama/tratamentos e a sexualidade, revelaram que a disfunção sexual ocorre mais frequentemente em mulheres que foram submetidas a mastectomia e/ou aquelas que receberam algum tipo de tratamento sistémico (Rowland et al., 2009).

Em relação ao tratamento sistémico, a literatura evidencia maior impacto negativo com a quimioterapia, quando comparada as outras terapias, embora essa intensidade pareça variar com o tipo de citostáticos usados e a durabilidade do tratamento (Ganz et al., 2004; Rebelo et al., 2007). A alopecia (queda de cabelo), as náuseas, os vómitos, a secura vaginal, os distúrbios do sono, as dores articulares e musculares intensas e angustiantes estão entre as maiores comorbidades relacionadas aos tratamentos sistémicos e costumam aparecer como sendo causadora de maior impacto negativo na QDV das mulheres. A fadiga é outro sintoma comum identificado pelas mulheres em tratamento quimioterapêutico e está muitas vezes associada aos tratamentos de quimioterapia mais intensiva (Bower et al., 2006; Ganz & Bower, 2007), e é revelada como sendo um dos sintomas mais preocupantes em sobreviventes de cancro da mama e pode persistir muito tempo após os tratamentos (Cappiello, Cunningham, Knobf, & Erdos, 2007).

O exercício da oncologia em Angola é relativamente recente e os meios de diagnóstico e terapêuticos são escassos. Apesar disso, assiste-se a um número considerável de mulheres com cancro da mama em várias etapas da doença e/ou terapêutica, sem que no entanto se saiba nada sobre o impacto na sua QDV.

O objetivo principal deste estudo é a avaliação da QDV de mulheres angolanas com cancro de mama, tendo como base os seguintes objetivos específicos: a) Caracterizar a amostra, relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas; b) Avaliar a relação entre a QDV e as variáveis sociodemográficas e clínicas: idade, estado civil e tipos de tratamentos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal.

Participantes

Participaram 55 mulheres angolanas. A seleção da amostra foi por conveniência, conforme indicação da equipa técnica/médica e os critérios de inclusão pré estabelecidos (ser angolana, ter o diagnóstico de cancro da mama e ter pelo menos um dos seus tratamentos realizados em Angola). As 55 mulheres têm idades compreendidas entre os 25 e os 89 anos ($M = 50,69$; $DP = 11,883$), sendo que a maior percentagem se situa entre os 25 e os 52 anos. Trata-se de mulheres que estão numa relação com duração entre 1 e 5 anos ($M = 2$; $DP = 1,244$). Relativamente ao estado civil, trata-se duma amostra constituída essencialmente por viúvas (29,1), onde cerca de 99% das mulheres são mães, apresentando um número reduzido de filhos (cerca de 17% referiu apenas 1 filho) ou um número maior de descendentes (cerca de 17% referiu ter 7 filhos). Trata-se de mulheres de nacionalidade essencialmente angolana (98,2%); naturais de Malange (18,2%); maioritariamente da etnia Umbundo (40,0%), e essencialmente de raça negra (94,5%). Ao nível das habilitações literárias, a grande percentagem (29,1%) tem habilitações até ao 4º ano de escolaridade. Ao nível da profissão exercida, a maior frequência registou-se em outras profissões (29,1%) ou em profissões ligadas ao comércio e/ou vendas (Comerciante/ Quitandeira/ Vendedora) (18,2%). Embora as

mulheres inqueridas exerçam uma profissão, metade da amostra (58,2%) está atualmente de baixa médica devido ao diagnóstico de cancro da mama. O rendimento de um terço da amostra (30,9%) situa-se entre os Kz 32.001.00 (323.90 USD) e os Kz 64.000.00 (647.78 USD).

Nesta amostra, perto de metade (81,8%) das mulheres tem diagnóstico de Carcinoma Ductal Invasor (CDI), encontram-se em estadio III (70,9%) e cerca de metade da amostra (56,4%) detetou o cancro através do autoexame da mama. A quase totalidade da amostra (89,2%) já tinha dado início ao tratamento aquando do inquérito fez mastectomia (73,8%). Relativamente às terapias alternativas, perto de 85,5% referiu não ter realizado algum tipo de terapia alternativa. Das oito mulheres que seguem algum tipo de terapia alternativa, metade (50,0%) referiu “outros” tipos não referidos na questão. Cerca de 95% das mulheres da amostra revelou não ter concluído ainda o último tratamento aquando do inquérito.

Para cerca de 95% das mulheres este é o seu primeiro diagnóstico de cancro da mama, a mesma percentagem referiu não ter, nem ter tido doença benigna da mama. Apenas 13 mulheres referiram ter uma doença física, sendo que as doenças mais referidas são o Carcinoma contra lateral (15,4%) e “outras doenças” (23,1%) não mencionadas na questão. Apenas nove mulheres, representando 18,4% da amostra, referiram ter tido um familiar com cancro, salientando-se uma maior percentagem de familiares femininos mais chegados (mãe, irmã ou tia). Perto de 97% referiram não ter nem ter tido qualquer doença psiquiátrica e apenas sete mulheres referiram ter ou ter tido acompanhamento psicológico, sendo que metade (50,0%) teve acompanhamento antes e a outra metade (50,0%) teve acompanhamento depois do diagnóstico do cancro da mama. Todas as mulheres referiram ter tido um acontecimento de vida negativo, tendo sido os mais referidos o “diagnóstico de cancro da mama” (54,5%), seguido de “a morte de um familiar” (20,0%).

Material

Os Questionários Sócio-Demográfico e Clínico foram construídos para avaliar as variáveis sociodemográficas e clínicas, inerentes ao cancro da mama, de acordo com a revisão bibliográfica efetuada (Makluf et al, 2006; Moreira et al, 2008; Patrão & Leal, 2004). As variáveis sociodemográficas avaliadas foram a Idade, o Estado Civil e o tipo de tratamentos. Cada uma destas variáveis foi categorizada segundo distintas dimensões. A variável Idade foi agrupada em quatro classes: “25-42 anos”; “43-52 anos”; “53-59 anos”; “60-89 anos”, definindo a variável o grupo etário. Para o Estado Civil considerou-se as classes: “Solteira”, “Casada”, “União de Fato”, “Divorciada”, “Separada” e “Viúva”. As variáveis clínicas avaliadas foram: Os “Tipos de Tratamentos”: “Quimioterapia VS Outros tratamentos”, “Mastectomia Vs Cirurgia Conservadora da Mama”. Para avaliação do Tipos de Tratamentos foi colocada uma questão aberta, sendo que a classificação foi organizada pelos diferentes tipos de tratamentos possíveis: Quimioterapia, radioterapia e a hormonoterapia. Para a avaliação do Tipo de Cirurgia foi realizada uma questão aberta e cotado em função das respostas como Mastectomia e/ou Cirurgia Conservadora da mama.

A Qualidade de Vida (QDV) foi avaliada através de dois instrumentos desenvolvidos pelo Cancer Study Group on Quality of Life da European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, 2001). O primeiro desses instrumentos designa-se de QLQ – C30. É considerado um questionário de avaliação da QDV em pacientes com cancro, constituído por 30 itens, divididos por uma escala global, cinco escalas funcionais (Funcionamento físico, de papel, emocional, cognitivo e social), e por 3 subescalas de sintomas associados ao cancro e tratamento, e 6 itens simples que avaliam sintomas que os doentes com cancro costumam declarar. O formato da resposta

é de tipo likert de quatro pontos (do «não» ao «muito») para as escalas funcionais, e de sete pontos (do «péssima» a «ótima») para a escala global de saúde. Scores elevados nas escalas funcionais e na escala global de saúde indicam um melhor nível de funcionamento e uma melhor QDV. Os scores são transformados de 0 a 100, conforme indicação no manual de cotação (EORTC, 2001).

Procedimento

Contatou-se a Direção Geral do CNO, depois da obtenção das autorizações para usar os questionários pela EORTC. As mesmas foram solicitadas por e-mail. Na abordagem às mulheres envolvidas nesta investigação, foram sempre respeitados os princípios e questões éticas, pelo que, foi-lhes apresentada a pertinência do estudo e solicitado no início de cada entrevista, que assinassem o consentimento informado, depois de explicados os objetivos da investigação e de garantido o anonimato das respostas. Para a sua utilização, foram contatadas a EORTC- QLQ – C30 V3 e o EORTC-QLQ - BR 23, no sentido de recolher autorização e informação sobre a sua validade e cotação. A EORTC forneceu autorização através do contato direto com o investigador.

Os dados foram tratados pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 18. Foi criada uma base de dados onde foram introduzidos todos os inquéritos da amostra. Todas as análises estatísticas derivam apenas do tratamento informático dos dados.

RESULTADOS

Os resultados da avaliação da QDV, medida por duas escalas distintas, o QLQ-C30 apresentou valores totais entre 37 e 82 ($M = 53,72$; $DP = 10,84$). Nas subescalas funcionais, o valor médio mais baixo ocorreu na escala Funcionamento Social e o mais alto na escala Estado Global de Saúde e Qualidade de Vida. Nas subescalas sintomáticas, o valor médio mais baixo verificou-se na escala Diarreia e o mais alto na escala Fadiga.

Para a escala QLQ-BR23, os valores oscilaram entre 23 e 54 ($M = 40,80$; $DP = 7,79$). Quanto às suas subescalas funcionais, os valores médios mais baixos verificaram-se na escala Prazer Sexual e os valores médios mais elevados verificaram-se na escala Imagem Corporal. Nas suas subescalas sintomáticas, os valores mais baixos verificaram-se na escala Preocupação com a Queda do Cabelo e os valores mais altos na escala Efeitos da Quimioterapia.

Para verificar se as mulheres angolanas jovens, com diagnóstico de cancro da mama, têm menor qualidade de vida do que as mulheres mais velhas, procedeu-se a uma análise de correlação entre as variáveis da qualidade de vida e a idade. Foram encontradas relações negativas fracas da Idade com o Funcionamento Sexual ($r = -0,27$; $p = 0,04$) e com a Preocupação com a Queda do Cabelo ($r = -0,31$; $p = 0,02$). Podemos concluir que quanto mais jovem é a mulher, maior é a sua Qualidade de Vida total, a sua percepção de Funcionamento Sexual é mais elevada, assim como a Preocupação com a Queda do Cabelo.

Verificou-se se as mulheres angolanas casadas e com diagnóstico de cancro da mama têm menor QDV, em comparação com mulheres não-casadas (viúvas, divorciadas, solteiras). Para tal tornou-se necessário criar uma nova variável com dois níveis de resposta: casada e não casada, transformada a partir da variável Estado Civil. Foi realizada uma análise de diferenças de médias para duas amostras independentes: As únicas diferenças na Qualidade de Vida, com significância estatística, foram encontradas entre as mulheres casadas e não casadas residem no Prazer Sexual ($t = 2,53$; $p = 0,02$), sendo que as mulheres casadas apresentam valores médios mais elevados. Também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível dos Efeitos da

Quimioterapia ($t= 2,71$; $p=0,01$), sendo que as mulheres não casadas evidenciaram valores médios mais elevados.

Procedeu-se de seguida aos procedimentos necessários para verificar se as mulheres angolanas com diagnóstico de cancro da mama e submetidas a tratamento quimioterapêutico têm menor QDV, quando comparadas com mulheres que não passaram pela mesma terapia. Foi criada uma nova variável, a partir da variável Tipo de Tratamento, com dois níveis de resposta: Fez tratamento quimioterapêutico e não fez. A análise de diferenças entre médias para duas amostras independentes, permitem concluir que não se verificaram quaisquer diferenças com significância estatística.

Para comparar o grupo de mulheres que realizou mastectomia com o grupo de mulheres que realizou cirurgia conservadora da mama, recorreu-se a uma análise de diferenças de médias para duas amostras independentes. Verificaram-se diferenças com significância estatística, numa variável, Efeitos da Quimioterapia ($t = 3,27$; $p =0,005$)

DISCUSSÃO

Este estudo revelou-se pertinente para a fundamentação empírica sobre o impacto do diagnóstico e dos diversos tratamentos do cancro da mama na QDV das mulheres angolanas e acreditamos que poderá, efetivamente abrir fóruns de discussão e de monitorização dos efeitos físicos e psicossociais do diagnóstico do cancro da mama, bem como da assistência médica e medicamentosa oncológica em Angola. Acreditamos também que poderá contribuir para o crescimento científico da psicologia clínica e da saúde em Angola, com o incentivo do desenvolvimento e/ou a adaptação e validação de instrumentos psicométricos, uma vez que segundo estudos, não se pode fazer ciência sem o uso da experimentação, que nos fornecerá as evidências (Giordan, 1999). Os dados obtidos revelaram que a maioria das mulheres teve o seu diagnóstico realizado após o autoexame da mama (56,4%), o que poderá denotar, por parte das mesmas alguma atitude preventiva e/ou informação acerca dos sinais e sintomas da doença, deixando antever o défice de programas de rastreio com o uso da mamografia. Por sua vez, esta realidade está de acordo com o estadio III (70,9%) que se revelou na grande maioria das pacientes permitindo perceber que, a escassez de meios de diagnóstico e terapêutica, poderá estar na base dos tratamentos intensivos com base na quimioterapia neoadjuvante (72,7%) e adjuvante (60%) da grande maioria das pacientes bem como da mastectomia (73,8%), descritos na literatura como sendo causadores de maior morbilidade terapêutica (Ganz et al, 2004; Ganz & Bower, 2007). Por sua vez, o tratamento intensivo, poderá estar na base da avaliação negativa das mulheres nas dimensões: “Fadiga”, “Diarreia”, “Prazer Sexual”, e “Efeitos Físicos da Quimioterapia”, como também o revelaram outros estudos que correlacionaram a QDV e os diversos tratamentos para o cancro (Moreira, et al., 2011; Rebelo, et al, 2007). Outros estudos ainda, revelam que, sobretudo a fadiga, é um dos sintomas mais recorrente nos tratamentos oncológicos e está intimamente associado à quimioterapia, que por sua vez também está associado a avaliações negativas do “Funcionamento e Prazer sexual” (Cappiello et al., 2007; Ganz & Bower, 2007; Mols et al., 2005). Por outro lado, as avaliações negativas entre a idade e a QDV, embora fracas, podem ter como base, o fato da grande maioria das mulheres “mais velhas” serem viúvas (29,1%) o que é conivente com a também avaliação negativa do “Funcionamento Social” e do “Prazer Sexual”, sendo que, quanto mais velha é a mulher angolana pior é a sua perceção sobre a sua Saúde e Qualidade de vida Global. A viuvez também poderá estar na base da menor perceção negativa sobre a “Imagem Corporal” e da “Preocupação com a Queda do Cabelo”, uma vez que culturalmente, em algumas sociedades africanas/angolanas, a

viuvez é tratada cerimoniosamente com a descaraterização da personalidade feminina, onde o rapar do cabelo tem papel predominante em situações de perda, até que passe o período de luto, onde a viúva será então novamente apresentada a sociedade e exaltada como uma nova mulher (Rebelo et al., 2007). Este simbolismo após o drama da perda poderá também de alguma forma, ter influenciado um *coping* mais positivo, uma vez que cerca de 83,7% da amostra não revelou estar em acompanhamento psicológico a quando do estudo, embora 54,5% tenha o diagnóstico de cancro da mama, como um acontecimento de vida negativo.

Como considerações finais, achamos que, a análise conjunta demonstrou a necessidade da realização do presente estudo exploratório, no sentido de se caracterizar sócio demograficamente a mulher angolana com cancro de mama e perceber qual a variável com maior relevância estatística e quais os tipos de tratamentos com maior impacto na sua QDV. Esperamos, que os resultados revelados, possam ajudar a melhorar as estratégias para a implementação definitiva e abrangente de programas de rastreio, diagnóstico e tratamento de todas as formas de cancro existentes em Angola, com particular atenção para o cancro da mama. Salientamos porém, que, os resultados constantes deste estudo reforçam a necessidade do desenvolvimento e/ou adaptação linguística e da validação dos questionários utilizados neste estudo, para que, futuramente, seja possível, generalizar os resultados para a população angolana, bem como perceber de forma mais abrangente a realidade angolana no contexto “cancro da mama”, bem como de outras doenças oncológicas. Como complemento da presente investigação, sugere-se, também, a realização de estudos longitudinais com mais do que um momento de avaliação, nesta população, para compreender a variabilidade da QDV e das respetivas dimensões ao longo das diversas fases da doença e dos tratamentos.

REFERÊNCIAS

- Alegance, F. C., Souza, C. B., & Mazzei, R. L. (2010). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em mulheres com e sem linfedema pós-câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 56, 341-351.
- Anastasiadis, A. G., Sachdev, R., Salomon, L., Ghafar, M. A., Stisser, B. C., Shabsigh, R., & Katz, A. E. (2003). Comparison of health-related quality of life and prostate-associated symptoms after primary and salvage cryotherapy for prostate cancer. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 129, 676-682. doi: 10.1007/s00432-003-0472-4
- Bastos, J., Barros, H., & Lunet, N. (2007). Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1955-2002). *Acta Médica Portuguesa*, 20, 139-44.
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 446-460. doi: 10.1080/07347332.2012.684856
- Bergamasco, R. B., & Angelo, M. (2001). Câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela Mulher. *Revista brasileira de cancerologia*, 47, 277-282.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Chang, S., & Banks, P. J. (2004). Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho - Oncology*, 13, 147-160. doi: 10.1002/pon.794
- Broeckel, J. A., Thors, C. L., Jacobsen, P. B., Small, M., & Cox, C. E. (2002). Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast cancer research and treatment*, 75, 241-248. doi:org/10.1023/A:1019953027596

- Boyle, P., Autier, P., Bartelink, H., Baselga, J., Boffetta, P., Burn, J., ... Zur Hausen, H. (2003). European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Annals of Oncology*, 14, 973-1005. doi: 10.1093/annonc/mdg305
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Bernards, C., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., & Belin, T.R. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. *Cancer*, 106, 751-758. doi: 10.1002/cncr.21671
- Cá, A.(2013, janeiro, 18) Guiné-Bissau vai dispor de uma “mamografia” até final do ano” Retirado http://angnoticias.blogspot.pt/2013_01_01_archive.html
- Campolina, A., Ciconelli, R., & Ferraz, M. (2006). Qualidade de vida e medidas de preferência: contribuições para a avaliação e o gerenciamento de programas em saúde. *Sinopse de Reumatologia*, 4,111-116.
- Cappiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, 16, 278-293. doi: 10.1177/1054773807306553
- EORTC (2001a). *EORTC QLQ-BR23 scoring manual*. 3ª ed. EORTC: Brussels
- EORTC (2001b). *EORTC QLQ-C30 scoring manual*. 3ª ed. EORTC: Brussels
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, a. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., ... Belin, T. R. (2004). Quality of Life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*, 96, 376–387. doi: 10.1093/jnci/djh060
- Ganz, P. A., & Bower, J. E. (2007). Cancer related fatigue: a focus on breast cancer and Hodgkin's disease survivors. *Acta Oncologica*, 46, 474-479. doi: 10.1080/02841860701367845
- Giordan, M. (1999). O papel da experimentação no ensino de ciências. *Química nova na escola*, 10, 43-49.
- Leão, C. R., Teixeira, U. F., Lima, E. K. P., Lima, V. M. C., Fernandes, G. B., & Rêgo, M. A. V. (2013). Tendência da mortalidade por câncer de mama feminina no Estado da Bahia, Brasil, de 1980 a 2007. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36, 299-312
- Lewis, F. M., Hammond, M. A., & Woods, N. F. (1993). The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 351-370. doi: 0160-7715/93/0800-0351\$07.00
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F. L., Barroso, S., ... & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal racional, objectivos e metodologia-estudo perfil. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 329-34.
- Maluf, M. F. D. M., Mori, L. J., & Barros, A. C. S. D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista brasileira de cancerologia*, 51, 149-154.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C., & Barra, A. D. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52, 49-58.
- Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W., & van de Poll-Franse, L. V. (2005). Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*, 41, 2613-2619. doi:10.1016/j.ejca.2005.05.017
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27, 1-31. doi:10.1186/1756-9966-27-32
- Moreira, H., Silva, S., & Canavarro, C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, saúde & doenças[online]*, 9, 165-184.
- Moreira, H., Crespo, C., Paredes, T., Silva, S., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Marital relationship, body image and psychological quality of life among

- breast cancer patients: the moderating role of the disease's phases. *Contemporary family therapy*, 33, 161-178.
- Northouse, L. L., Caffey, M., Deichelbohrer, L., Schmidt, L., Guziatek-Trojniak, L., West, S., ... Mood, D. (1999). The quality of life of African American women with breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 22, 449-460. doi:org/10.1002/(SICI)1098-240X(199912)22:6<435::AID-NUR3>3.0.CO;2-N
- Newman, L. A., Griffith, K. A., Jatoui, I., Simon, M. S., Crowe, J. P., & Colditz, G. A. (2006). Meta-analysis of survival in African American and white American patients with breast cancer: ethnicity compared with socioeconomic status. *Journal of clinical oncology*, 24, 1342-1349. doi: 10.1200/JCO.2005.03.3472
- O'Malley, C. D., Le, G. M., Glaser, S. L., Shema, S. J., & West, D. W. (2003). Socioeconomic status and breast carcinoma survival in four racial/ethnic groups. *Cancer*, 97, 1303-1311. doi: 10.1002/cncr.11160
- OMS, (5 de Setembro de 2008). Prevenção e Controlo do Cancro: Estratégia Para a Região Africana da OMS, *AFR/RC58/4*
- Pais-Ribeiro, Pinto, C., & Santos C. (2008). Estudo da validação da versão portuguesa do QLQ-C30-V3. *Psicologia, saúde & doenças*, 9, 89-102.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, saúde & doenças*, 5, 53-73.
- Patrão, I. A. M. (2007). O Ciclo psico-oncológico no cancro da mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos. Retirado do <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/208/1/TES%20PATR1.pdf>
- Pinto, C., & Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Revista portuguesa de saúde pública*, 28, 49-56.
- Ramos, A. S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impato na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23, 295-304.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, saúde & doenças*, 8, 13-32.
- Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Crespi, C. M., Leedham, B., Desmond, K., Belin, T. R., & Ganz, P. A. (2009). Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: A randomized controlled group intervention. *Breast cancer research and treatment*, 118, 99-111. doi: 10.1007/s10549-009-0398-x
- Sambo, Luís (2012), Intervenções essencial de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na região africana da OMS, *Manual para líderes e gestores*.
- Shimozuma, K., Ganz, P., Petersen, L., & Hirji, K. (1999). Quality of life the first year after breast cancer surgery: Rehabilitation needs and patterns of recovery. *Breast Cancer Research and Treatment*, 56, 45-57. doi: 10.1023/A:1006214830854

CARTOGRAFIAS DE CUIDADOS EM SAÚDE: ITINERÁRIO DE HOMENS, MULHERES E APOIO SOCIAL

Maura Castello Bernauer ✉ e Edna Peters Kahhale

Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar; Laboratório de Estudos em Saúde e Sexualidade,
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, Brasil

Conhecer a construção de itinerários terapêuticos propicia o entendimento sobre como ocorre o movimento de busca de soluções das pessoas (protagonistas) para sanar seu mal-estar, as maneiras de organizar seus cuidados de saúde e as experiências de doença em *situações de vida*, que se constroem em interação com a sua rede de apoio social (aliados). Nossa proposta é trabalhar em pesquisa essa categoria, já utilizada nos estudos da Antropologia e Enfermagem, porém de uma forma mais ampla, como processo de saúde, e não de doença. Tal visão envolve uma complexidade que se estende desde a dimensão pessoal, familiar e de grupos sociais de referência e de apoio até o Sistema de Saúde; abrange também práticas terapêuticas e cuidados consigo mesmo e com o outro, e dimensões subjetivas e simbólicas nas relações de apoio social que permeiam todo esse itinerário. Em outras palavras, há uma dimensão de cuidado e autocuidado (intersubjetividade) na relação sociocultural que se estabelece entre os sujeitos. Ou seja, as dimensões subjetivas e simbólicas das Redes de Apoio Social imersas nos Itinerários Terapêuticos de busca e cuidado para saneamento do mal-estar. Destarte, a subjetividade – tanto pessoal quanto social – vem à tona com a experiência e na relação com o outro no momento das ações práticas (*práxis*).

Para melhor entendimento, subdividimos o itinerário terapêutico em três dimensões, de modo a melhor demonstrar a complexidade dos cuidados em saúde envolvidos. 1-Pessoal/Familiar: diz respeito às práticas e saberes que são constituídos pelas tradições do grupo familiar; 2-Social/Popular/Comunidade (Saúde Informal): diz respeito ao saber leigo, não especializado - o grupo social, a comunidade, a rede de amigos, os grupos de apoio e autoajuda mais próximos; 3-Profissional/Oficial (Saúde Formal): diz respeito à busca pelo Serviço de Saúde Formal: Particular, Convênio, UBS(Unidade Básica de Saúde), USF (Unidade Saúde da Família ou Estratégia), SAE (Serviço de Atendimento Especializado), Hospital/Pronto Atendimento.

No entanto, cada um – indivíduo, família, grupo local – mantém um espaço de atuação próprio que lhe permite intervir como ator de sua própria existência, reinterpretando as condições externas às quais está submetido e elaborando o que nos propomos chamar de “*situação de vida*”, na qual ele organiza, no decorrer de sua história pessoal, sua própria experiência de sujeito. *Situação de vida* é uma noção que coloca a ênfase sobre a posição singular que ocupa um indivíduo, uma família, uma

✉ Maura Castello Bernauer, mail -maurabernauer@gmail.com

comunidade; uma experiência específica do sujeito que age conforme as modificações que transcorram em seu ambiente. Essa noção nos parece fundamentalmente dinâmica, fruto de uma história singular em perpétua reconstrução sob o efeito de uma relação dialética (Raynaut, 2006).

Assim, as formas de enfrentamento da doença e de minimização dos impactos de eventos sobre a saúde dos indivíduos deve-se em grande parte à capacidade individual de tomar decisões, ao mesmo tempo em que são mobilizadas redes coletivas de apoio social e outros tipos de recursos sociais, ainda que sob a influência das concepções de saúde, da doença, do corpo e dos recursos de saúde disponíveis. Os itinerários e escolhas devem ser analisados como o resultado de um processo, porque a saúde se insere nas estratégias individuais e familiares, embora também se apoie em diferentes tipos de recursos coletivos. Sendo assim, a partir do momento em que não nos contentamos em saber que o estado de saúde de uma população é um reflexo “passivo” de suas condições de vida materiais, é indispensável levar em conta as respostas históricas e sociais que são dadas aos problemas que se apresentam (Gerhardt, 2009).

Em um país como o Brasil, fortemente marcado pela diversidade cultural e pela mobilidade, os valores de solidariedade, de ajuda, desempenham um papel essencial na construção dos laços sociais entre os indivíduos que, além dos limites das condições materiais de vida, constroem estratégias de acordo com suas capacidades, histórias de vida e experiências. Assim sendo, concordamos que o itinerário terapêutico é sinônimo de busca de cuidados terapêuticos, para descrever e analisar as práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. Cada estratégia de busca tem vantagens e desvantagens, e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo (Gerhardt, 2006, 2009).

Pensando na situação de doença, numa análise da enfermidade como um processo subjetivo, ela está necessariamente presa a uma experiência de “sentir-se mal”, originando suas representações e pondo em movimento a capacidade de transformar essa experiência em conhecimento, constituindo seu *sentido e significado*. Contudo, se a enfermidade se inicia “com” a experiência, isto não prova que toda ela derive “da” experiência. Concordamos que as sensações e reações corporais não têm grande significação, pois não é esta percepção somática que valida nossa apreensão da enfermidade, e sim a convicção de que ela é dotada de *sentido e/ou significado*. O “mal-estar” torna-se doença quando é transformado em objeto socialmente aceito de conhecimento e intervenção, experiência vivida pelos sujeitos no processo de enfermidade e na multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo aceitos pelo sua rede de apoio social.

Portanto, o itinerário terapêutico está relacionado aos processos complexos de interação intersubjetiva nos quais tais experiências são compreendidas e comunicadas: como os sujeitos criam, trocam, negociam e legitimam *sentidos e significados* em torno da enfermidade, e como estes são negociados, legitimados e elaborados pelas pessoas que os cercam. Dessa forma, há um permanente processo de atribuição de *significados* que é reformulado no interior de cada situação vivida e em relação ao contexto relacional onde ocorre (Alves, 1993; Alves & Souza, 1999). E como eles são decididos, *re-significados* e aceitos dentro da sua rede de convivência social.

As ações para tratar o sofrimento constitui o itinerário terapêutico, porém este não segue um plano previamente concebido. Ao longo de uma cadeia de eventos, construídos com a participação da rede social de apoio da pessoa doente, em que supõem-se sujeitos transitando e/ou construindo alternativas (o que poderia evocar uma experiência subjetivada) e conferindo primazia à contingencialidade, imprevisibilidade

e negociação das escolhas. O itinerário terapêutico (caminho, trajetória em busca da cura) é constantemente negociado, às vezes negado, ou aceito, feito, entendido como processo social participativo de solidariedade.

Os itinerários são trajetos, que expressam dinâmicas sociais associadas aos modos ‘de ser’ e ‘de viver’ no espaço (território) e ajudam a compreender como seus habitantes enfrentam as especificidades de situações locais. Esses *trajetos* são entendidos como ‘escolhas’ construídas e conquistadas no entrelaçamento das dimensões individuais e sociais, que indicam que circunstâncias (pessoas, situações, lembranças) e trazem-lhes suporte para se apropriarem de espaços, interagirem com pessoas, produzirem situações desejadas. Assim como a *cartografia* é um instrumento de análise de trajetórias dentro de determinado *território* que não interfere no ‘perambular’ do sujeito na construção da sua trajetória. Ao utilizarmos o conceito de *território* na saúde, devemos estar atentos para o fato de que o “território” em si mesmo não constitui uma categoria de análise, mas sim, o *território* utilizado. Ou seja, não faz sentido pensar no *território* como mera delimitação de uma área; é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados. Para tanto, é preciso conhecer o *território*, sua população e os processos que aí se desenvolvem (*território* usado), bem como reconhecer as múltiplas territorialidades existentes (Gondim et al., 2008).

Assim, a procura de cuidados na manutenção da saúde e no processo de doença é diversificada, complexa, pessoal e coletiva. Uma pessoa pode procurar vários caminhos distintos em episódios de doença, com atitudes diferenciadas dentro de um mesmo processo de doença, por uma série de fatores situacionais, familiares, psicológicos, econômicos, sociais e culturais. Por isso, entendemos que esse caminho, essa busca pela solução do “mal-estar” transcende as condutas pessoais e não pode ser apreendida por uma abordagem estritamente individual, centrada exclusivamente no sujeito e negligenciando o processo sócio-histórico e cultural que configura suas escolhas, a subjetividade intrínseca nesse processo.

Por conseguinte, a construção do Itinerário Terapêutico é individual, e suas estratégias variam de acordo com as capacidades, histórias e experiências singulares, no compartilhamento de crenças, práticas sociais e culturais que podem ser ampliadas, adaptadas, modificadas e até descartadas ao longo desse caminho. Vale lembrar que, enquanto o *sentido* é pessoal, o *significado* é social, evidenciando que a experiência de cuidado e de enfermidade não podem ser expressas de uma única forma, mas na sua multiplicidade de possibilidades. E são essas relações intersubjetivas no processo de tomada de decisão do Itinerário Terapêutico que cada indivíduo escolhe que nos instigou a empreender esta pesquisa.

O processo envolvido no Itinerário Terapêutico explicita e concretiza a concepção, adotada neste trabalho, do indivíduo na perspectiva da Psicologia Sócio-Histórica. Esta visão concebe o homem como um ser histórico, que se constitui no seu movimento ao longo do tempo, forjado pelas condições socioculturais e pelas relações vivenciadas. A relação indivíduo-sociedade é vista como uma relação dialética, na qual um constitui o outro. O fenômeno psicológico surge e se estabelece a partir das relações do indivíduo com o seu mundo físico e social. Todos os elementos internos, que fazem parte do mundo psicológico, são forjados nessas relações. No conjunto social, fundamentalmente por meio de mediações como a linguagem, o ser humano vai desenvolvendo sua consciência, sua forma de significar o mundo; este conjunto psicológico de significações e sentidos pessoais o orienta em suas ações (Aguiar, Bock, & Ozella, 2001).

A análise do itinerário terapêutico construído pela pessoa representa uma via de acesso aos *significados* pessoais e coletivos do processo de cuidado, o que nos permitiu compreender os processos de escolha que desenham os itinerários. Acreditamos ter sido esta uma forma coerente e adequada de obter informações sobre práticas, saberes, *significados* e *sentidos* expressos na Rede Apoio Social envolvidos nas práticas de cuidado. Coube ao pesquisador, na perspectiva teórico-metodológica da psicologia sócio-histórica, entender o adoecer a partir das narrativas dos sujeitos, que expressaram suas ações (seus cuidados em saúde/ ou não) e emoções implicadas no seu itinerário terapêutico articulado em rede (rede social da pessoa), permitindo acessar sua *práxis* (González-Rey, 2011; Minayo, 2007).

A Rede de Apoio Social é um constructo polissêmico, e por não haver um consenso entre os pesquisadores do campo da psicologia sobre sua definição, o que concomitantemente lhe confere grande capacidade heurística e baixa possibilidade analítica, existe várias maneiras pelas quais os modelos de rede podem ser adotados nas pesquisas. Cada abordagem possui seu mérito e aplicação, dependendo do objetivo da pesquisa, da metodologia escolhida e do embasamento teórico mais apropriado.

Vale ressaltar que uma crítica frequente às pesquisas sobre rede de apoio social é a falta de consenso quanto à sua definição. Portanto, adotamos a ideia de *apoio social*, que pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, materiais e de informação que as pessoas recebem por meio de relações sociais sistemáticas, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relacionamentos de maior densidade social, como os grupos e redes sociais. Trata-se de um processo recíproco – isto é, que gera efeitos positivos tanto para *quem recebe* como para *quem oferece o apoio* –, o que permite que ambos tenham uma sensação de coerência de vida e maior sentido de controle sobre a mesma, com consequentes benefícios à saúde física e mental.

A *rede de apoio social* é um sistema composto por vários objetos sociais (pessoas), funções (atividades dessas pessoas) e situações (contexto) que oferece apoio instrumental (material) e emocional à pessoa, em suas diferentes necessidades. Apoio instrumental é entendido desde ajuda financeira, física (ou de serviços), ajuda na divisão de responsabilidades em geral, e informação prestada ao indivíduo. Apoio emocional, por sua vez, refere-se à afeição, aprovação, simpatia e preocupação com o outro e, também, a ações que levam a um sentimento de pertencer ao grupo.

As categorias Rede de Apoio Social e Itinerários Terapêuticos não existem como entidades ligadas, mas trata-se de uma apropriação por nós, pesquisadores da situação investigada e uma interpretação de como os componentes apreendidos se articulam e circunscrevem dialeticamente certas possibilidades de ação, emoção e pensamento. Impõem-se, porém, claros desafios a partir da perspectiva teórico-metodológica da psicologia sócio-histórica em relação ao desmembramento didático de uma determinada *práxis* para a construção do trabalho empírico e sua análise. Constitui-se como um processo contínuo de produção e produto, uma objetivação da realidade e do investigador que se torna também produto de sua própria produção. Por conseguinte, é sempre um trabalho incompleto, um processo que, além de superar sua dicotomia objetividade vs. subjetividade, exterioridade vs. interioridade, análise vs. síntese, deverá revelar que o produto da pesquisa é o momento da *práxis* do pesquisador (Minayo, 2007; Rosseti-Ferreira et al., 2004).

O objetivo do estudo é apreender o significado da Rede de Apoio Social no cuidado (autocuidado) em saúde de usuários que frequentam os diversos Equipamentos do Sistema de Saúde dos Municípios da Baixada Santista (SP), tendo como referência os Itinerários Terapêuticos (IT) e as Relações de Gênero (RG).

Colocam-se como questões norteadoras: Quais as dimensões da rede de apoio social utilizadas por homens e mulheres? Homens e mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos? Homens e mulheres têm e/ou constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas? Homens e mulheres cuidam de si mesmos de maneiras distintas? Homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneiras distintas?

MÉTODO

Participantes

102 usuários do Sistema Público e Privado de Saúde, residentes da Baixada Santista – SP, sendo 69 mulheres e 33 homens, com idades a partir de 14 anos, segundo determina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O contexto geográfico ou *Locus* de Coleta é Baixada Santista, Estado de São Paulo – Brasil: estende-se sobre nove municípios pertencentes à mesorregião de Santos que é o município-polo, pois possui um Sistema de Saúde formado por extensa rede de serviços abrangendo todos os níveis de complexidade (básica, média e alta), na atenção à saúde. É um dos grandes polos turísticos e de lazer do Estado, com uma área de proteção ambiental (Serra do Mar, costa da Mata Atlântica e mangues), uma estrutura industrial (complexo químico-siderúrgico), uma ocupação urbana (particularidade topográfica: de um lado a orla marítima e de outro a Serra do Mar) com esgoto sanitário e industrial, urbanização intensa (lazer praiano e moradia de turistas, em especial aposentados de SP), e que ainda conta com o maior porto do país. A Estimativa Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010) foi de 419.400 habitantes no município de Santos. Unidade Saúde da Família do Jardim Castelo (USF), Zona Noroeste – cidade de Santos, Locais Públicos (praça, praia, salão de beleza, banca de jornal, restaurante etc.) e Internet – *on line*.

Material

Questionário sóciodemográfico e Entrevista semiestruturada (questões abertas e fechadas) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE individual e grupal.

Procedimento

Pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos e os Comitês de Ética envolvidos (SMS de Santos e PUCSP); fase exploratória (pré-teste do instrumento de coleta); reelaboração do roteiro de entrevista; etapas da coleta na Unidade Saúde da família e em locais públicos (entrevistas presenciais gravadas em áudio); *questionários on line* (convite voluntário aos funcionários de uma loja de motocicletas).

A análise dos dados teve caráter quantiquantitativo, por meio de estratégias múltiplas, o que implicou em um processo diversificado para o manuseio de todos os dados obtidos nos diferentes locais de coleta: transcrição das entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio; leitura minuciosa buscando detectar coerência entre as informações e a teoria da Psicologia Sócio-histórica; inserção dos discursos analisados segundo os quadros acima no programa computacional Sphinx Brasil¹⁷, ferramenta que permite realização de análises quantitativas e qualitativas e possibilita a publicação de questionários (coleta) e relatórios (análise) via *web*; para fins de análise dos conglomerados (*clusters*), foi utilizado o programa computacional SPSS (*Social Package for Social Sciences*), específico para análise quantitativa, visando detectar tendências gerais que pudessem orientar ou complementar a análise qualitativa.

¹⁷ Disponível em: <www.sphinxbrasil.com>

RESULTADOS

Objetivando clarificar a complexidade do fenômeno estudado, a apresentação dos resultados foi ordenada segundo as dimensões das categorias analíticas, de tal forma que permitisse responder as questões norteadoras. Assim sendo:

Questões Norteadoras	Categoria	Dimensão analisada
1. homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos e com laços de proximidade e/ou vínculo emocional distintos	Rede de Apoio Social	QUALIDADE e Estrutura da Rede de Apoio Social
2. homens e as mulheres constroem itinerários terapêuticos de maneiras distintas	Itinerário Terapêutico	AUTONOMIA
3. homens e mulheres cuidam de si e de outras pessoas de maneiras distintas	Cuidado e autocuidado	PREVENÇÃO

Os dados quantitativos e qualitativos foram apresentados em quadros, desenhos e trechos das entrevistas com os participantes, em se pode explicitar aspectos valiosos sobre as três categorias de análise que se desejavam analisar.

Caracterização sociodemográfica

A primeira composição da amostra deste estudo foi de 102 participantes. Nem todos responderam a todas as questões, de forma que algumas análises ficaram restritas a 80 participantes. Foram entrevistadas 68 mulheres e 34 homens, que se consideravam saudáveis no momento da coleta de dados (nenhum sujeito se encontrava em situação de adoecimento). Todo cidadão brasileiro é por direito usuário do Sistema Público de Saúde, e também pode se utilizar de um Sistema Privado de Saúde por opção e/ou condição financeira pessoal.

Pelos resultados apontados, nossa amostra está composta por homens e mulheres adultos (jovens e consolidados), com moradia própria, que trabalham, com escolaridade de fundamental e médio, renda de um a seis salários mínimos e que compõem famílias pequenas (duas a quatro pessoas).

Rede de apoio: tamanho

Utilizou-se a profissão e ocupações dos participantes como um dos indicadores de tamanho da rede de apoio social. E foi construída uma categorização de menor, média e maior rede de apoio a partir das “histórias” relatadas ao longo das entrevistas. Assim sendo, tanto as mulheres (55,4%) quanto os homens (96,7%) dispunham de uma rede de apoio social de tamanho médio.

Quase todos os homens têm relações afetivo-sexuais estáveis e são casados, enquanto as mulheres dividem-se quase igualmente entre casadas e separadas em relação à parceria afetivo-sexual. A maioria dos participantes tem filhos. Portanto, com base nos resultados analisados, homens e mulheres constroem redes de apoio social de tamanhos semelhantes: médio.

Rede de Apoio: qualidade das relações

Ponderamos que, a maioria das pessoas entrevistadas mantem um relacionamento afetivo com alguém e um compromisso de parceria que chamamos de casamento. Uma dimensão indicadora de qualidade dessa configuração é a conjugalidade. A análise dos discursos dos participantes em relação ao tempo e significado das relações de conjugalidade levou-nos à construção de três indicadores: Construção, Proximidade e Estabilidade Conjugal. Esses indicadores foram construídos pela articulação dos

discursos com a literatura do ciclo de vida da família (Fortunato, 2009; Lopes, 2008; Teves, 2008).

A maioria dos participantes da pesquisa se encontra na fase de construção da relação conjugal, é casada, é jovem adulto ou adulto, tem filhos e uma rede de apoio social média. Até agora nenhum dado significativo diferenciou os homens e as mulheres no aspecto da construção da rede de apoio social. A fase de construção da relação conjugal corresponde ao período da criação de uma nova família, uma vez que o casal vai diferenciar-se, criando uma autonomia e identidade próprias, sem contudo perder a continuidade relativa às gerações anteriores.

A partir dos discursos sobre o significado de família foram construídos os seguintes indicadores/ temas: estrutura da família (boa ou limitada), conjugalidade (boa ou limitada) e filiação (boa ou limitada). Analisando os discursos referentes a uma conjugalidade limitada, eles podem estar associados ao fato da maioria dos participantes encontrar-se em uma etapa de construção da relação conjugal, daí as dificuldades próprias desse momento de vida que, associadas ao nascimento de filhos, podem tornar a filiação e a construção da parentalidade o foco principal da vida das mulheres, seguindo os ditames sociais para o gênero feminino. Por outro lado, o dado da filiação limitada vem ao encontro de alguns estudos sobre a transição para a parentalidade, demonstrando que ela causa uma diminuição na satisfação conjugal, pois a criança torna-se um foco de esforço por parte dos pais, diante das exigentes funções dos papéis da paternidade e maternidade “perfeitas”.

Em uma visão geral, como um primeiro discurso, o significado da família como estrutura social básica é apontado como bom para homens e mulheres, com conjugalidade limitada; as mulheres citam ainda a filiação como algo bom. Analisando mais profundamente os discursos sobre o significado das relações familiares (na tentativa de ir além do discurso oficial), notamos diferenças nas falas de homens e mulheres. O significado de família como estrutura social continua aparecendo como *é bom ter família* e as relações de conjugalidade continuam limitadas, mas o que diferencia os homens das mulheres é a filiação. As mulheres consideram boas as relações filiais e os homens quase não citam ou não consideram os filhos em seus discursos. Esta diferença pode estar associada aos papéis desempenhados pela mulher com sua prole (cuidado, proteção e educação), determinados como função social do gênero feminino.

As pessoas escolhidas pelos participantes para conversar sobre sentimentos, na juventude são aquelas que representam diferentes gerações (pais, filhos ou avós). As outras faixas etárias conversam com as pessoas que indicam uma relação entre iguais, portanto sem assimetria afetiva (companheiro afetivo, irmãos, amigos). No entanto, é significativo o número de pessoas que preferem não conversar com ninguém, indicando uma rede de apoio com baixa troca afetiva.

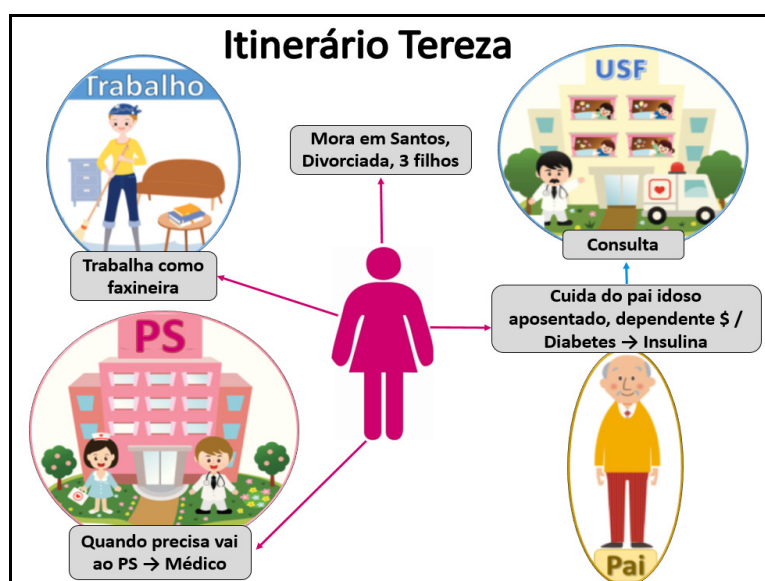
Outra dimensão analisada como indicador da qualidade da rede referiu-se ao cuidador em situações de mal-estar e/ou adoecimento. A família como o primeiro cuidador da pessoa em situação de mal-estar ou doença tanto para os homens quanto para as mulheres, seguido de ninguém. O processo de não se perceber como cuidador de si está presente nesta fala (que contrasta com as poucas falas de eu *cuidador de mim*). Esta percepção de cisão entre ações de autocuidado e consciência do cuidado de si precisa ser tratada nos serviços de saúde e nas ações de promoção de saúde.

Por conseguinte, entendemos que os homens e as mulheres constroem redes de apoio social com laços de proximidade e/ou vínculo emocional com poucas diferenças. Na composição da rede de apoio, a família é formada por duas a quatro pessoas, por pessoas de contato cotidiano no ambiente profissional e os familiares (cônjuges e/ou

pais) são as pessoas de referência afetiva para conversar e oferecer cuidado, quando necessário.

Itinerários Terapêuticos

Os discursos dos participantes sobre suas experiências construídas nas relações e interações *versus* as escolhas para sanar o mal-estar indicam que os Itinerários Terapêuticos foram categorizados em: busca pelo equipamento de saúde: ações do usuário que indicam busca pelo serviço de saúde; ação: ações individuais desenvolvidas de autocuidado sem o envolvimento de profissionais de saúde; uso dos recursos disponíveis/saúde: ações que indicam a busca de recursos para promoção da saúde (serviço de saúde, programas sociais, agentes de solidariedade etc.); explicação da doença: afirmações sobre o porquê do adoecimento e/ou do mal-estar e que não implicam em ações na busca de soluções. Construiu-se a análise do discurso considerando a primeira e segunda escolha e/ou ações relatadas pelos participantes. A maior parte das mulheres busca o serviço de saúde como primeira escolha, enquanto os homens procuram explicações para o seu adoecer. Esta situação se altera na segunda escolha sobre o que fazer: como as mulheres, os homens passam a utilizar os recursos disponíveis de saúde, mas elas também explicam o adoecimento. Este fato revela-se interessante, pois as mulheres parecem potencializar as ações que começaram a desenvolver na sua primeira escolha ou ação. Para exemplificar este processo de construção de um itinerário de cuidado apresentamos, um exemplo com a história de Tereza



Tereza tem 45 anos, mora sozinha em Santos, é cuidadora do pai idoso diabético, insulínodpendente.

[...] Uso [USF] com meu pai, eu é raro, correria com ele, falei, agora eu vou cuidar um pouquinho de mim. A última vez que eu usei aqui foi ginecologista. Aí o médico daqui me encaminhou. Pelo SUS, no caso e por eles aqui, que eles encaminham pra lá. Porque aqui, eles não tem aparelhagem pra nada disso. Aqui é mais médico de emergência, ou médico da família. [...] Fui espontaneamente, sem queixa mesmo [...] Sempre tá me cuidando. Mas o meu caso é falta de tempo, por causa do meu pai. Toda vez que eu penso em cuidar de mim, ele cai. Aí ou eu cuido... [...] Mas fui obrigada por causa dele, eu sendo a única, é eu que tenho que correr, eu que tenho que fazer. Então, chega dia que não tem como eu conciliar, e não tenho quem faça, então, que nem, eu saio de casa pra trabalhar,

hoje mesmo foi um dia, eu fui trabalhar, mas deixei toda a medicação dele arrumada, deixei tudo bonitinho [...]

Cuidado/autocuidado e Rede de Apoio Social

O cuidado e o autocuidado foram analisados nas seguintes dimensões: (1) como se obtém informação de saúde, demonstrando que a maioria dos participantes obtém informações sobre saúde e doença por meio da TV, jornais e revistas; (2) práticas de consumo de tabaco, a maioria dos homens e mulheres não fuma, o que indica um bom autocuidado em saúde; (3) álcool, observou-se que as mulheres ou não consomem álcool ou só o fazem em festas, ao passo que os homens dividem-se entre o consumo de uma a duas vezes na semana ou só em festas; (4) dieta, a maioria dos participantes não faz dieta (alimentação especificamente saudável); (5) prática de atividade física e lazer, essas atividades podem significar um autocuidado em saúde (encontro com amigos e atividades ao ar livre), porém, observou-se uma pequena diferença entre homens e mulheres.

As características estruturais da rede de apoio são indicadores quantitativos de apoio que avaliam o grau em que as pessoas são socialmente integradas em sua família e comunidade, considerando a estrutura (quem compõe) da rede, os laços de afeto e os recursos sociais disponíveis. Observou-se que a maioria das mulheres e homens pesquisados recebem apoio da sua rede social, do tipo instrumental ou material. Com uma estrutura de rede fraca, isto é, laços afetivos (trocas afetivas) distantes e com pouco proximidade.

Autores sugerem que a ruptura de laços sociais afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que a pessoa se torna mais suscetível a doenças. Nessa linha de pensamento, podemos conjecturar que os laços distantes e pouco afetivos da rede de apoio social poderão também tornar as pessoas mais suscetíveis a doenças. Apesar disso, nos resultados, a função da Rede de Apoio Social para os participantes é a *solidariedade*, seguido de autonomia. Na situação que mais ativa a rede de apoio social, o dado foi a ‘doença’, o que pode explicar a função da *solidariedade*.

Histórias das Famílias

A metodologia desenvolvida neste estudo amplia a concepção das pesquisas “tradicionais”, pois envolve uma escuta ativa da população, promovendo uma busca de informações aprofundadas sobre suas *situações de vida* e estimulando sua autocrítica, por meio da incorporação do olhar de atores sociais que não somente vivenciam essa situação, mas também se constituem em “contadores de histórias” acerca do seu núcleo familiar ou do seu “entorno social”, como podemos chamar o ambiente onde estão inseridos. Em suas interações, buscam estimular o protagonismo construindo o conhecimento por meio da experiência, da troca de saberes. Acredita-se que, para entender o contexto que influencia as formas de cuidado e as trajetórias delas decorrentes, é necessário recorrer às relações que se estabelecem no cotidiano, levando-se em consideração os elementos socioeconômicos, culturais e históricos da rede de apoio das pessoas.

Tendo os itinerários terapêuticos como estratégia metodológica para compreender as configurações subjetivas que se constroem sócio-historicamente na rede de apoio social, com a intenção de “dar voz aos atores” que participaram desta pesquisa, as categorias das *situações de vida* foram identificadas nos discursos dos participantes:

Rede de Apoio Social/família: os atores apresentam uma rede de apoio social e familiar com aspectos positivos, demonstrando sentimentos de *solidariedade*, dividindo recursos materiais, ajuda física e emocional. A qualidade de dar e receber apoio, assim

como a disponibilidade, não foi por vezes percebida pelos participantes, pois esta é, frequentemente, uma percepção subjetiva.

Relacionamento afetivo-sexual: este dado só foi citado para compor um contexto com a Rede de Apoio Social e a compreensão da influência disso na escolha do Itinerário Terapêutico, pois com a administração da vida doméstica, dos filhos, dos cuidados de saúde de todos os membros da família e, às vezes, também o sustento financeiro, fica difícil construir uma relação afetiva saudável;

Saúde Mental Individual: aparece como um comprometimento importante, que mobiliza as Redes de Apoio Social e as famílias dos atores. Contudo, todas apresentavam um quadro estável, com percepção e explicação clara do problema, assim como uma interação positiva em relação à disponibilidade de receber apoio;

Saúde Mental de familiar: queremos contrapor a narrativa de figura masculina que se mobiliza como cuidador em sua *situação de vida*, e outra em que é a figura feminina que se mobiliza para cuidar do marido. As relações de gênero se contrapõem, porém ambas têm a mesma função: fornecer conforto emocional, dar assistência e solidariedade;

Serviço de Saúde: um fato interessante é que alguns participantes apresentam uma percepção e explicação do problema de saúde, conseguindo construir uma demanda pelo Serviço de Saúde, enquanto outros têm a percepção dos problemas no serviço.

Os atores sociais podem se empoderar no processo de organização da sua rede de apoio social, posicionando-se como sujeitos ativos da ação e passando a refletir sobre o *significado* (coletivo) da sua rede de relacionamento mais próxima, que pode ou não oferecer cuidados em saúde. O mecanismo dessa construção reflexiva, que é pessoal, pois tem um *sentido* singular (pessoal), envolve ação, emoção e atividade. Isto é construído na sua Rede de Apoio Social, em um dado momento histórico e na dimensão social em que esse grupo está inserido; portanto, é importante entender o ator social no processo simbólico e arbitrário em que são estabelecidas normas de pertencimento, convivência, reconhecimento e solidariedade, vivendo cotidianamente de laços afetivos ou relações que o unem a uma rede de apoio. Em vista disso, a *autonomia* é construída nas relações e interações sociais, mediada pelas *situações de vida* das pessoas implicadas em suas condições de vida. Cabe, porém, ao profissional da saúde a corresponsabilidade de potencializar o protagonismo dos atores que surgem com uma demanda e têm o direito de ser acolhidos.

No presente texto, pretendemos responder ao desafio proposto de discutir os dados coletados. A princípio, o que determinou a maior “variação” de dados foi o local de coleta, ou seja, a Internet, que permitiu o acesso a quase 50% da amostra. A partir desse dado, podemos inferir que esta pode se constituir em uma ferramenta que viabilize a ampliação do universo simbólico dos atores sociais.

A literatura registra diversos modos de olhar para a doença, diversas interpretações sobre o sentir-se doente e sobre o uso de recursos terapêuticos. A tendência é sempre a de buscar uma lógica explicativa e racional. A maior parte dessas abordagens sugere que o sujeito, ao identificar uma doença, opta por este ou aquele recurso terapêutico, e o faz de forma racionalizada, calculada. A experiência da enfermidade, como também as ações a ela relacionadas, tem caráter intersubjetivo. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo lhe confere (Alves & Rabelo, 1999; Helman, 2009; Leite & Vasconcellos, 2006).

De acordo com Pereira (2010), as pessoas atribuem diferentes causas às doenças, após avaliarem os resultados obtidos por seus itinerários terapêuticos. A partir dessas experiências passam a compreender o que se passa com elas e a consequência de seus

atos para com suas condições atuais. Além de se perceberem doentes, identificam as doenças, julgam suas causas, reconhecem suas características mais importantes, suas relações com múltiplos outros fatores e calculam os efeitos produzidos por intervenções igualmente variadas – enfim, ordenam e classificam suas doenças em quadros eminentemente simbólicos, mas com reverberações práticas. Em outras palavras, suas elaborações simbólicas e ações práticas não dizem respeito especialmente aos processos de saúde/ doença em sentido estrito, mas aos mecanismos que possibilitam relações de maior sucesso com os conhecimentos sobre saúde e doença que adquiriram em suas *situações de vida* e nos serviços de saúde que frequentam.

Os itinerários terapêuticos e as experiências de adoecimento, bem como as motivações práticas e contextuais que levam as pessoas a agir deste ou daquele modo ao sentirem o mal-estar, mostraram que a maioria não faz nada, na expectativa de qualificar a doença, de ter um significado reconhecido e que fizesse sentido.

O que nos faz questionar: o que os participantes consideram como *saúde*? Observou-se que para a maioria, tanto homens quanto mulheres, prevaleceu a ideia de que ser saudável está relacionado à ausência de sintomas e doenças e à percepção de bem-estar, visto que o questionamento era sobre “sensação de mal-estar”. A concepção de saúde foi identificada como algo relacionado com uma vida ativa e saudável (força física). Os participantes relataram que o mal-estar só é lembrado nos momentos de fadiga, esforço ou cansaço, quando as pessoas percebem alguma alteração em seu estado de saúde – por exemplo, na diminuição da capacidade funcional, da autonomia, da independência e da impossibilidade de manter relações sociais.

Para esse sentido concorrem aspectos individuais, representações socioculturais referentes à doença e aos sistemas de cuidado, condições socioeconômicas e estruturais relacionadas à facilidade ou não do acesso aos equipamentos de Saúde. Cada escolha é realizada em função das *situações de vida* e das explicações culturalmente aceitas pela Rede de Apoio Social na qual a pessoa está inserida, porque não existe um modelo único de Itinerário Terapêutico, e as estratégias em busca de cuidado são diversas. Cada alternativa tem vantagens e desvantagens, e é escolhida em função das disponibilidades circunstanciais e das experiências individuais e coletivas. Os discursos e ações em relação a elas são situacionais e encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Ou seja, os Itinerários Terapêuticos são resultado de um processo e só podem ser compreendidos na interação com sua Rede de Apoio Social.

DISCUSSÃO

Um dado importante a ser enfatizado é que todos os participantes da pesquisa estavam em condições de saúde no momento da coleta de dados, isto é, ninguém estava ‘doente’. Suas respostas foram dadas a partir de suas experiências, vivências, *situações de vida* cotidiana construída com sua Rede de Apoio Social.

Para entendermos os *significados* utilizados nas escolhas dos itinerários terapêuticos, as decisões subjetivas de cuidado à saúde, as dinâmicas familiares intrínsecas nas redes de apoio social onde se processam as ações de saúde dos atores, devemos interpretar as dimensões subjetivas de suas experiências e *situações de vida*, pois estas são resultado de múltiplas negociações realizadas no contexto relacional dos sujeitos e expressam o campo de possibilidades sócio-históricas culturalmente definidas.

Acreditamos na capacidade dos sujeitos de elaborar critérios de análise próprios, por meio de experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no diálogo e na reflexão crítica, contribuindo para a construção da cidadania. Para tanto, buscamos responder às

cinco questões norteadoras que fizeram parte deste estudo, nos quais permitiu-nos levantar alguns dados e reflexões, mas melhor do que isso, nos mobilizar e mostrar que a fusão das categorias Rede de Apoio Social e Itinerários Terapêuticos é promotora de uma pesquisa crítica e dialógica.

Compõe a Rede de Apoio Social os membros da família (consanguínea) que em sua maioria era constituída por dois a quatro membros, e as pessoas de contato cotidiano no ambiente profissional. Com frágeis laços de proximidade e/ou vínculo emocional, tanto para homens quanto para mulheres. O apoio recebido é do tipo instrumental, isto é, desde a ajuda física (ou de serviços) até o auxílio financeiro ou material. Os laços afetivos da rede para as mulheres são, em sua maioria, distantes e sem proximidade, enquanto os homens mantêm laços distantes, porém com mais afetividade e proximidade dos membros da rede em relação. Portanto, a rede de apoio cumpre sua função primordial que é a *solidariedade* nas situações de doença para homens e mulheres. Mas para os homens, ela também preenche a função de promoção de autonomia, pois estimula o autocuidado em saúde.

As ações cotidianas não segue uma lógica pré-concebida, pois a escolha dos itinerários terapêuticos de busca de cuidados em saúde é orientada segundo necessidades práticas, surgem conforme a demanda e se modificam continuamente. A maioria das mulheres da pesquisa iniciou seu itinerário com a ida aos Serviços de Saúde, buscando explicações sobre seu mal-estar. Associada a isso, utilizaram outros recursos de Saúde disponíveis, como a automedicação e cuidados caseiros. Após o uso de todos esses recursos, caso não havendo melhora, buscavam por conta própria, os Equipamentos de Saúde. Já os homens inicialmente não fazem nada e/ou tentam entender/ explicar o porquê de seu mal-estar; alguns utilizaram os recursos de Saúde disponíveis, como a automedicação e cuidados caseiros, na maioria das vezes, estimulados pelas esposas e/ou mães. Caso não melhorassem, buscavam os Equipamentos de Saúde. Demonstrando uma diferença nos modos de enfrentamento da doença, na autonomia das mulheres e na resignação dos homens ou por julgarem que é função da mulher/mãe saber cuidar/tratar do outro.

Apesar disso, o autocuidado de homens e mulheres, analisados nas dimensões: como obtém informação de saúde, práticas de consumo de tabaco e álcool, dieta, e prática de atividade física e lazer não apresentaram diferenças significativas. Porém, os homens percebem-se mais como cuidadores de si mesmos do que as mulheres.

Em nosso estudo, homens e mulheres cuidam de outras pessoas de maneira semelhante numa relação de construção compartilhada, numa situação de encontro, de interação. Muito próxima de ideia da *dimensão dialógica* do ‘acolhimento’.

O que as pessoas querem e acham que deve ser atenção e cuidados à saúde, deve-se fundamentalmente à procura de sentidos e significados envolvidos na sua *situação de vida*.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, W. M. J., Bock, A. M. B., & Ozella, S. (2001). A orientação profissional com adolescentes: Um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs.), *Psicologia sócio-histórica: Uma perspectiva crítica em Psicologia* (pp. 163-178). São Paulo, SP: Cortez.
- Alves, P. C. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 263-271. doi: 10.1590/S0102-311X1993000300014
- Alves, P. C., & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: Considerações sobre o itinerário terapêutico. In M. C. Rabelo,

- P. C. B. Alves, & I. M. A. Souza, *Experiência de doença e narrativa* (pp.127-137). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 16-29. doi:10.1590/S0104-12902004000300003
- Fortunato, R. C. (2009). *Ecos da idade, sexo e nível sócio-económico em dimensões da conjugalidade: Satisfação, vinculação/afectividade e proximidade*. Mestrado em Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: <<http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2185>>.
- Gerhardt, T. E. (2007). Itinerários terapêuticos e suas múltiplas dimensões: desafios para a prática da integralidade e do cuidado como valor. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.), *Razões públicas para a integralidade em saúde: O cuidado como valor* (2ª ed; pp. 279-300). Rio de Janeiro, RJ: IMS/UERJ: CEPESC: Abrasco.
- Gondim, A. K., Crispim, C. S., Fernandes, F. H. T., Rosendo, J. C., Cabral de Brito, T. M., Brito de Oliveira, U., Nakano, T C. (2008). Motivação dos pais para a prática da adoção. *Boletim de Psicologia*, 58, 161-170. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a04.pdf>
- González-Rey, F. (2011). *Subjetividade e saúde: Superando a clínica da patologia*. São Paulo, SP: Cortez.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença* (A. R. Bolner, trad.; 5ª ed). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C.(2006). Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13, 113-128. doi: 10.1590/S0104-59702006000100007
- Lopes, S. M. P. C. (2008). *Influências familiares na conjugalidade: O clima relacional na família de origem, a satisfação conjugal e a proximidade conjugal*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Portugal. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/720> <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/720>
- Mângia, E. F., & Yasutaki, P. M. (2008). Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19, 61-71. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v19i1p61-71
- Minayo, M. C. S.(2007). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (10ª ed). São Paulo, SP: Hucitec.
- Pereira, W. R., & Chaouchar, S. H. (2010). Identificação de novas práticas pedagógicas na percepção dos docentes de um curso de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9, 99-106. doi: 10.4025/cienccuidsaude
- Raynaut, C. (2006). Interfaces entre a antropologia e a saúde: Em busca de novas abordagens conceituais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27, 149-165. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4592/2513>
- Rossetti-Ferreira, M. C., Amorim, K. S., Soares-Silva, A. P., & Carvalho, A. M. A. (2008). Desafios metodológicos na perspectiva da rede de significações. *Cadernos de Pesquisa*, 38, 147-170. doi: 10.1590/S0100-15742008000100007
- Teves, C. M. (2008). *Uma viagem entre satisfação e proximidade conjugais e aliança parental*. Mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.

RESPONSABILIDADE DO DIAGNÓSTICO DE TDAH E A MEDICALIZAÇÃO NA EDUCAÇÃO

Eloisa Beppu, Angela da Silva [✉], Isabella Vaini e Francis da Silva

FAMMA - Faculdade Metropolitana de Maringá

Em revisão da literatura (Collares, & Moysés, 1985; Eidt, & Tuleski, 2007; Leite, 2010; Toledo, & Simão, 2003; Tonelotto, 2004) sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH constatou-se que, nos dias atuais, grande parte do número de encaminhamentos com queixas escolares aos centros de diagnósticos infantis como ambulatorios, hospitais e clínicas tem o referido Transtorno como causa. Também foi possível verificar algumas dificuldades para o diagnóstico e intervenção, haja vista a semelhança dos sintomas verificados com outros quadros de distúrbios comportamentais e de dificuldades de aprendizagem.

A definição do diagnóstico de TDAH é recente – passagem do século XIX para o XX – e antes não havia manifestações comportamentais problemáticas que requeressem tratamento. Inicialmente, foram descritos comportamentos similares como desordens causadas por problemas cerebrais, traumatismo craniano e outras infecções no Sistema Nervoso Central, chamados de lesão cerebral. O Transtorno de Déficit de Atenção ao longo da história recebeu várias denominações, como lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, síndrome hipercinética, distúrbio de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Em 1980, de acordo com Toledo e Simão (2003), a Academia Americana de Psiquiatria, passou a utilizar Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH para englobar os termos relacionados ao desvio de comportamento e distúrbios de aprendizagem usados até à época.

O DSM-IV apresenta três subtipos para o Transtorno de Déficit de Atenção (TDA): o Tipo Predominante Desatento, o Tipo Predominante Hiperativo/Impulsivo e o Tipo Combinado. No primeiro tipo predomina a desatenção, no segundo há combinação entre impulsividade e hiperatividade e no combinado os comportamentos apresentam uma mistura dos dois subtipos anteriores. No DSM-IV são estabelecidos os critérios A, B, C, D e E para verificar se ocorre o TDAH. No critério A verifica-se a apresentação de seis ou mais sintomas propostos pelo DSM-IV; no B alguns dos sintomas devem estar presentes antes dos sete anos de idade; em relação ao critério C os problemas causados pelos sintomas devem estar presentes em pelo menos dois contextos diferentes; enquanto o critério D evidencia problemas de ordem familiar ou escolar em relação aos sintomas; por fim o critério E verifica se existe algum problema como depressão, deficiência mental, psicose, etc.; os sintomas não podem ser atribuídos exclusivamente a ele.

[✉] Angela da Silva, FAMMA- Faculdade Metropolitana de Maringá, Rua Professor Giampero Monacci, Apto: 31ª, mail-angydasilva@yahoo.com.br

A função psíquica atenção, de acordo com a Psicologia Histórico-Cultural, passa por um processo de desenvolvimento para se tornar seletiva e voluntária. O processo de aprendizagem, com acesso ao material cultural elaborado ao longo da história da humanidade, ocupa posição de destaque nesse processo de desenvolvimento, especialmente o processo de escolarização. A atenção seletiva representa um nível de evolução dessa função psíquica e se torna um dos principais requisitos para a aprendizagem. É a atenção voluntária que faz com que o estímulo seja percebido, elaborado, processado e transformado em resposta.

A aprendizagem transmitida na escola precisa ser processada entre o pensar, sentir, falar, ouvir e agir. Por isso, as crianças que apresentam dificuldade de atenção nesse contexto apresentam dificuldade na integração podendo exibir comportamentos incompatíveis com os necessários para a aprendizagem. Na sala de aula torna-se necessário impor algumas restrições que podem limitar alguns comportamentos favoráveis que produziriam bons resultados acadêmicos. A falta de controle da impulsividade do TDA do tipo hiperativo e combinado pode levar a sérios problemas comportamentais em sala de aula com as atividades que exigem concentração, reflexão e respostas elaboradas. Isto pode levar a indisposição com colegas e professores, fazendo com que apresente em seu histórico escolar registro de suspensão, expulsão, reprovação e até o abandono.

Neste sentido, o TDAH tem levado ao encaminhamento de escolares aos centros de diagnóstico infantil causando o aumento expressivo na comercialização de medicamentos, o que nos leva refletir sobre o aumento das queixas escolares e os diagnósticos que levam a medicalização. A medicalização é um fenômeno o qual a medicina ou a prática médica e a administração de medicamentos se apropriam da vida cotidiana do indivíduo. Segundo a Organização Mundial de Saúde, medicamento consiste em toda substância ou associação de substâncias contidas em um produto farmacêutico empregado para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício da pessoa a que se administra. Todo medicamento é uma droga. E medicamento é considerado um fármaco na sua forma terapêutica.

O conceito de saúde está intimamente ligado ao bem estar do indivíduo e segundo a visão de humanização da saúde, esta vai além do bem estar físico e alcança os patamares de todo o contexto bio/psico/social e cognitivo. Sendo assim, a saúde é fator fundamental para a aprendizagem. Contudo o que se observa hoje é a medicação generalizada, sobretudo na educação, sendo que essa situação resulta apenas da apresentação de comportamentos inadequados. Então surge uma importante pergunta: Comportamento inadequado, ou não social tornou-se uma variável de ter ou não saúde?

Apresentamos de forma explicativa um pouco da trajetória desse processo de medicalização. Segundo Collares e Moysés (1985), esse termo se refere ao processo de transformar questões não-médicas, que têm origem social e política, em questões médicas. Neste sentido, buscam encontrar no campo da ciência médica as causas e soluções para problemas que discute o processo saúde-doença centrada no indivíduo, pela abordagem biológica, organicista, fazendo com que as questões medicalizadas sejam apresentadas como problemas individuais, perdendo sua determinação coletiva. Omite-se que o processo saúde-doença que é determinado pela inserção social do indivíduo e esta é a expressão do individual e do coletivo.

As autoras afirmam que o processo de medicalização está ocorrendo de maneira crescente nas sociedades ocidentais, e na maioria dos casos isso representa apenas a biologização de conflitos sociais. Ou seja, é utilizada uma prática funcionalista, aplicando o reducionismo biológico. Essa ótica preocupa-se em resolver os problemas apenas como característica individual, unilateral, e ignora que as questões sociais,

políticas, econômicas e históricas também influência a vida das pessoas. E assim o indivíduo é culpabilizado, e o sistema sociopolítico acaba sendo desresponsabilizado.

Na educação há índices de 50, 70% de fracassos entre os alunos matriculados na 1ª série da Rede Pública de Ensino no Brasil, e o diagnóstico é centrado no aluno, chegando no máximo até sua família, instituição escolar, a política educacional raramente são questionadas no cotidiano da Escola. Collares e Moyses (1985) afirmam que até alguns anos atrás, a biologização da Educação era feita basicamente pela ciência médica, concretizada pelos profissionais médicos, atuando tanto na Rede Pública de Saúde, como em consultórios particulares. E essa prática ficou conhecida como medicalização, daí a origem do termo.

As autoras ainda descrevem que: “mais recentemente, com a criação/ampliação de campos do conhecimento, novas áreas, com seus respectivos profissionais, estão envolvidos nesse processo”. Os psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicopedagogos estão se aliando aos médicos em sua prática biologizante. Por isso, “a substituição do termo medicalização por um mais abrangente, a patologização, uma vez que o fenômeno tem-se ampliado, fugindo dos limites da prática médica.” Com essas afirmações compreende-se que a medicalização/ patologização desloca problemas coletivos para a esfera do individual; problemas sociais e políticos para problemas de saúde. E esses deslocamentos consistem na biologização e, conseqüentemente na normalização desses problemas. Mas essa atitude contrapõe se aos principais conceitos de saúde atuais, onde defendem o bem estar como uma condição bio/psico/social, pois reduz o ser humano apenas a um corpo biológico, determinado por células. Outro conceito que nega essas condições é também objetivo de nosso trabalho a visão histórico-cultural, pois o social, o histórico é construído pelo homem, mutável, o homem não traz ao longo da história apenas herança genética, mas também herança cultural, e histórica.

Para a Psicologia Histórico – Cultural é preciso entender não apenas o indivíduo e suas necessidades imediatistas biológicas, mas compreender o humano como um processo vivo, que passa por constantes contradições entre o natural e o histórico, o orgânico e o social. É a partir dessa reflexão que o presente trabalho visa analisar a medicalização no campo da educação com o embasamento teórico da Psicologia Histórico – Cultural.

REFERÊNCIAS

- Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A. (1985) Educação ou saúde? Educação X saúde? Educação e saúde! *Cadernos Cedes*, 15. Recuperado em 7 dezembro, 2013, de http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf
- Collares, C. A. L., & Moysés, M.A.A.(1996) *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.
- Eidt, N. M., & Tulesk, S. C.(2007) Discutindo a medicalização brutal em uma sociedade hiperativa. In M.E.M. Meira, & M.G.D. Facci (Orgs.), *Psicologia Histórico - Cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação*. (1ª ed., pp. 221-248). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Leite, H. A. (2010) *O desenvolvimento da atenção voluntária na compreensão da psicologia histórico-cultural: uma contribuição para o estudo da desatenção e dos comportamentos hiperativos*: Dissertação de Pós-Graduação, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Retirado de http://www.ppi.uem.br/Dissert/PPI-UEM_2010_Hilusca.pdf

- Toledo, M. M., & Simão, A. (2003) Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade. In S.M. Ciasca (Org.), *Distúrbios de aprendizagem: Proposta de avaliação interdisciplinar*. (2 ed., pp. 187-199). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tonelotto, J. M. F. (2004) Aspectos acadêmicos e sociais do transtorno de déficit de atenção. In S.M. Ciasca (Org), *Distúrbios de aprendizagem: Proposta de avaliação interdisciplinar*. (pp.203-220).São Paulo: Casa do Psicólogo.

RELAÇÃO BEM-ESTAR NO TRABALHO E PERCEPÇÃO DE SUPORTE ORGANIZACIONAL EM TRABALHADORES BRASILEIROS

Francisca Yana Souza ✉, Josiane Cintra, Marcelo Soares Januário, Pedro Alves da Silva Júnior e Mirlene Maria Martins Siqueira

Universidade Metodista de São Paulo – Brasil

Até o século XX os estudos científicos no campo da saúde física e mental tiveram como foco as doenças, entretanto a Psicologia iniciou a mudança dessa perspectiva a partir do trabalho de Seligman e Czikszentmihalyi publicado em 2000, onde são propostos novos paradigmas priorizando as questões positivas da vida em seus diferentes contextos, em detrimento das patologias. As experiências positivas vivenciadas pelo indivíduo, independentemente do contexto no qual ele esteja inserido, são sinais de bem-estar e, mesmo sendo breves, oferecem consequências duradouras propiciando crescimento individual e social, modificando as pessoas para melhor (Fredrickson, 1998).

Considerando a centralidade do trabalho na vida dos indivíduos e seu papel para promoção da saúde (Paschoal, Torres, & Porto, 2010), se faz relevante o estudo das emoções em relação à área organizacional, constituindo um dos interesses de estudo da psicologia positiva (Borges & Yamamoto, 2004; Fredrickson, 1998).

Estudos têm apontado que as emoções positivas vivenciadas pelos indivíduos nas organizações são influenciadas pelas condições de trabalho e o suporte organizacional oferecido pela empresa. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar a relação entre bem-estar no trabalho (BET) e percepção de suporte organizacional (PSO) e a possível influência da variável gênero sobre os dois construtos. Nas seções seguintes serão apresentadas brevemente as conceituações sobre BET, suas três dimensões constituintes, bem como PSO.

Bem-estar no trabalho

Diversos autores propuseram modelos para explicar o bem-estar, no entanto, Siqueira e Padovam (2008), ao estruturarem o conceito de BET, proporcionaram o surgimento de pesquisas que analisassem o tema no contexto do trabalho, contribuindo para mitigar a falta de construtos para o estudo da saúde positiva dos trabalhadores observado na psicologia organizacional e do trabalho, conforme analisado por Capece (2009) em seu estudo.

O conceito de BET proposto por Siqueira e Padovam (2008) é composto por três dimensões: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento

✉ Francisca Yana Souza, Universidade Metodista de São Paulo – Brasil, e-mail: yana_souza@yahoo.com.br

organizacional afetivo, sendo cada uma delas definida de forma consolidada pela psicologia organizacional.

Pode-se conceber BET como um estado mental positivo (Siqueira, Orengo, & Peiró, 2014) gerado pela possibilidade de o trabalhador vivenciar, de forma interligada, sentimentos positivos promovidos por três diferentes aspectos do contexto organizacional. O primeiro está relacionado ao ambiente e define a dimensão satisfação; o segundo diz respeito à sensação de harmonia entre suas habilidades profissionais e as exigências impostas pelas atividades que realiza o que caracteriza o envolvimento com o trabalho; e o último está relacionado aos sentimentos positivos dirigidos à organização que o emprega, definindo o comprometimento organizacional afetivo.

Satisfação no trabalho

Apesar de não haver consenso acerca da definição de satisfação no trabalho, Siqueira e Padovam (2008) se basearam nos pressupostos de Locke (1976) de que satisfação no trabalho é um estado emocional positivo ou prazer resultante de um trabalho ou de experiências de trabalho. A satisfação no trabalho se estabelece com base em três categorias de fontes de satisfação: o relacionamento com as pessoas, as retribuições organizacionais e as tarefas realizadas. O empregado sente-se satisfeito quando é capaz de realizar avaliações positivas sobre cinco esferas particulares do ambiente de trabalho: chefias, colegas de trabalho, salários, promoções e tarefas (Siqueira, 2009). O tema satisfação no trabalho é objeto de atenção das organizações e pesquisadores da psicologia organizacional e do trabalho, visando o entendimento acerca dos sentimentos que envolvem o ser humano quando inserido no contexto organizacional, principalmente por conta da crescente demanda das organizações por produtividade, alto desempenho, baixo absenteísmo e baixa rotatividade (Siqueira, & Gomide Jr., 2004).

Envolvimento com o trabalho

Para Brown (1996), envolvimento com o trabalho é peça chave e diferencial para despertar e manter a motivação do ser humano e seu desenvolvimento é considerado uma alternativa para o crescimento das organizações. Para o autor, as pessoas podem se sentir estimuladas pelo trabalho e atraídas por ele ou podem simplesmente vivenciarem uma alienação mental e emocional.

De acordo com Siqueira et al. (2014), envolvimento com o trabalho é uma expressão criada por Lodhal e Kejner (1965), utilizada de forma adaptada por Siqueira e Padovam (2008), inspiradas no conceito de fluxo desenvolvido por Csikszentmihalyi (1999), no qual o autor afirma que qualquer atividade pode levar o indivíduo a um estado de fluxo desde que atenda a três condições: existir uma meta a ser alcançada por meio da atividade; os desafios impostos pelas atividades serem vencidos pelas habilidades do indivíduo; haver *feedback* oferecido pelas próprias atividades realizadas.

Csikszentmihalyi (1999) afirma que, ao serem atendidas as três condições para o estado de fluxo, o indivíduo apresentaria mais envolvimento com o trabalho, transformando a atividade em uma experiência positiva e agradável, semelhante à prática do esporte favorito ou ao desenvolvimento de uma atividade artística.

Alguns fatores organizacionais citados por Siqueira e Gomide Jr. (2004) podem favorecer e contribuir para o envolvimento com o trabalho, por exemplo: a relação com a liderança e o significado do trabalho. Segundo os autores, os históricos de antecedentes pessoais contribuem para o envolvimento com o trabalho em altos ou baixos níveis.

Observações feitas por Siqueira et al. (2014), sugerem que a dimensão envolvimento com o trabalho é um construto que tende a sofrer menos influências das políticas organizacionais, por vincular-se à subjetividade do empregado e a relação deste com

suas tarefas, havendo indicativos de que características pessoais sejam antecedentes mais prováveis de envolvimento.

Comprometimento organizacional afetivo

O comprometimento organizacional afetivo (COA) é uma das dimensões do comprometimento organizacional proposto inicialmente por Mowday, Steers e Porter (1979). O enfoque afetivo corresponde ao grau que o colaborador sente que está emocionalmente ligado, identificado e envolvido com a empresa.

A partir de resultados de algumas pesquisas, Traudi e Demo (2012) apontam uma concentração de estudos com a dimensão afetiva, provavelmente por esta apresentar mais correlações positivas com alguns importantes resultados, tais como bom desempenho no trabalho, cidadania organizacional, atitudes favoráveis frente a mudanças, entre outros.

O COA emerge em resposta ao relacionamento entre a organização e o empregado (Siqueira, 2005), tendo como base principal as condições oferecidas para o desempenho do trabalho. Algumas dessas condições estão contidas nos pressupostos da teoria do suporte organizacional, sobre a qual serão tecidos alguns comentários a seguir.

Percepção de suporte organizacional

A percepção de suporte organizacional (PSO) é um construto que faz parte da teoria do suporte organizacional (Eisenberger, Hungtington, Hutchison, & Sowa, 1986; Rhoades, & Eisenberger, 2002) e se refere às crenças que o empregado desenvolve em relação à organização na qual trabalha. Tais crenças dizem respeito ao quanto são valorizados os esforços no trabalho e proporcionados cuidados com o bem-estar do empregado, fundamentando-se na tendência deste empregado em atribuir características humanas à organização.

O suporte percebido pelo empregado determinará as respostas que serão dadas à organização em termos cognitivos e comportamentais (Eisenberger et al., 1986; Rhoades, & Eisenberger, 2002), impactando os resultados no trabalho. Essas respostas derivarão do sentimento de obrigação em retribuir o suporte recebido, advindo da norma de reciprocidade (Gouldner, 1960), segundo a qual as pessoas tendem a retribuir favores/cuidados recebidos de outrem.

Na primeira revisão teórica com delineamento meta-analítico, realizada por Rhoades e Eisenberger (2002) foram encontrados resultados que indicam a capacidade preditiva de PSO para o alcance das metas organizacionais e a promoção da saúde dos trabalhadores. Entre outros, os três principais consequentes de PSO estatisticamente mais significativos citados pelos autores são: aumento do comprometimento organizacional afetivo, aumento do desempenho e diminuição de comportamentos relacionados ao absenteísmo e *turnover*. Para que esses resultados sejam alcançados, de acordo com os autores, algumas condições precisam ser garantidas: procedimentos organizacionais justos, suporte do supervisor e recompensas favoráveis (salário, promoções) e boas condições de trabalho.

A segunda revisão de literatura realizada por Baran, Shanock e Miller (2012) corrobora os resultados citados acima e destacam a influência de PSO sobre comportamentos de cidadania organizacional e de segurança no trabalho, bem-estar dos trabalhadores e a mediação em situações de conflito família-trabalho. Os autores também salientam a influência de PSO sobre as recentes e complexas formas não tradicionais de emprego (temporários, trabalho em tempo parcial), já destacada em outras pesquisas na área organizacional (Lapalme, Simard, & Tremblay, 2011), influências culturais relacionadas aos antecedentes de PSO e a relação entre a organização e o supervisor, variável importante da influência da liderança sobre a PSO dos empregados.

No Brasil e em outros países a PSO tem sido relacionada a diferentes variáveis, tais como valores organizacionais (Estivalete, & Andrade, 2012), confiança (Batista, & Oliveira, 2012), relações de troca (Garanhel, 2011), felicidade no trabalho (Paschoal et. al., 2010), satisfação no trabalho e comprometimento organizacional afetivo (Siqueira, 2005) e estratégias de *coping* (Tamayo, & Tróccoli, 2002). Essas pesquisas reforçam o quão significativa é a relação de PSO com variáveis da área organizacional que produzem resultados positivos para as organizações e empregados, bem como a importância de se investigar a relação dessa variável com outras no contexto de trabalho.

O objetivo desse estudo foi verificar a correlação entre bem-estar no trabalho (BET) e percepção de suporte organizacional (PSO) e a possível influência da variável gênero sobre os dois construtos

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, de natureza quantitativa em que duas variáveis aferidas por meio de medidas válidas e precisas produziram dados de nível intervalar de mensuração. Nessa sessão estão descritos os dados dos participantes, os instrumentos utilizados, bem como as provas estatísticas que foram efetuadas.

Participantes

O estudo contou com a participação de 107 trabalhadores brasileiros, sendo grande parcela solteira (49,5%) e a maioria do sexo feminino (57%), com média de idade de 32,59 ($DP=8,58$). A mediana do tempo de trabalho foi de 3 anos e a maior parte (80,4%) trabalhava em empresas privadas.

Material

O questionário foi composto de questões para caracterização dos participantes e por duas escalas apresentadas abaixo:

1) Escala de Percepção de Suporte Organizacional – EPSO, construída originalmente por Eisenberger et al. (1986) e validada no Brasil por Siqueira (2008). A versão brasileira adaptada contém 9 itens e para o estudo foi utilizada sua versão reduzida com 6 itens ($\alpha= 0,86$), com respostas variando de 1=discordo totalmente a 7=concordo totalmente.

2) Inventário de Bem-Estar no Trabalho IBET ($\alpha= 0,93$), construído e validado por Siqueira, Orengo e Peiró (2014), contendo 13 itens e composto por duas dimensões, sendo elas: compromisso/satisfação (9 itens) e envolvimento com o trabalho (4 itens). As respostas foram dadas a partir de uma escala tipo *Likert* variando de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente. No processo de construção do instrumento o modelo teórico de BET foi mantido, mas as análises fatoriais sugeriram o agrupamento das dimensões comprometimento organizacional afetivo e satisfação no trabalho em um único fator (compromisso/satisfação).

Procedimento

Para a aplicação do questionário foi feito um contato inicial por *e-mail*, sendo enviado aos participantes um convite juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido e um *link* para acesso ao questionário. A elaboração do questionário se deu por meio do *Google docs* e foi enviado para a rede de contatos dos pesquisadores. As repostas foram transpostas para o programa *Microsoft Excel 2007*, para que fossem adaptadas para seus correspondentes numéricos, antes de serem exportadas para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, utilizado para realização das análises.

As provas estatísticas foram realizadas com a utilização do *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Para o estudo

correlacional, foi utilizada a correlação de Pearson (r de Pearson) e posteriormente a ANOVA, para verificar se havia diferenças nas médias a fim de identificar a influência da variável gênero sobre as variáveis do estudo.

RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados visando a discutir os dados referentes às médias, desvios padrão e correlações (r de Pearson) obtidas entre as variáveis do estudo, relacionando-os com os pressupostos teóricos apresentados anteriormente. Conforme o Quadro 1 a variável PSO obteve a média de 3,77 ($DP=1,44$), indicando que os trabalhadores percebem falta de preocupação, reconhecimento e apoio da empresa, seguido por BET, com 2,89 ($DP=0,81$). Esta é composta por duas dimensões: compromisso/satisfação e envolvimento com o trabalho, cujas médias foram 3,15 ($DP=0,94$) e 2,33 ($DP=0,73$) respectivamente, demonstrando que os participantes da pesquisa têm um escore médio relacionado ao comprometimento organizacional afetivo e satisfação no trabalho, representados pela dimensão compromisso/satisfação da medida, enquanto apresentam um escore baixo em relação ao envolvimento com o trabalho. Esses resultados indicam que o grupo pesquisado está mais comprometido e satisfeito do que envolvido com seu trabalho, de acordo com o resultado obtido através do teste t de Student ($t(106) = 11,01$; $p < 0,001$).

Foram identificados 21 índices de correlação (r de Pearson), dos quais nove são significativos. Para interpretar as forças das correlações, utilizaram-se as definições propostas por Bisquerra, Sarriera e Martinez (2004, p. 147), segundo as quais: $r=1$, correlação perfeita; $0,80 < r < 1$, correlação muito alta; $0,60 < r < 0,80$ correlação alta; $0,40 < r < 0,60$, correlação moderada; $0,20 < r < 0,40$ correlação baixa; $0 < r < 0,20$ correlação muito baixa e $r = 0$ correlação nula. São utilizadas as mesmas interpretações para os coeficientes negativos. Os resultados mostraram que há correlação significativa, positiva e alta ($r=0,60$; $p < 0,01$) entre compromisso/satisfação e envolvimento, dimensões que compõe o BET, indicando que quanto mais os indivíduos estiverem satisfeitos e comprometidos com o seu trabalho maior será o envolvimento com o mesmo e vice versa.

Da mesma forma, percebeu-se que PSO obteve correlação significativa, positiva e alta ($r = 0,79$; $p < 0,01$) com BET e uma de suas dimensões, compromisso/satisfação ($r = 0,78$; $p < 0,01$). Envolvimento com o trabalho obteve uma correlação significativa, positiva e moderada ($r = 0,58$; $p < 0,01$). Os resultados indicam que quanto maior a percepção do sujeito a respeito do suporte organizacional oferecido pela empresa, maior o seu bem-estar no trabalho no tocante as duas dimensões do constructo e vice versa. Os dados demonstraram a existência de correlação significativa, positiva, porém fraca entre a variável descritiva gênero e o BET ($r = 0,25$; $p < 0,01$), no entanto, essa relação foi observada apenas em relação à dimensão compromisso/satisfação ($r = 0,27$; $p < 0,01$). Quanto à variável PSO, os resultados também indicaram correlação significativa, positiva e baixa em relação ao gênero ($r = 0,19$; $p < 0,05$). Com o teste ANOVA, verificou-se que no grupo estudado os homens apresentaram maior índice de satisfação no trabalho e comprometimento organizacional afetivo ($F(1,105) = 8,439$; $p < 0,01$), bem como PSO ($F(1,105) = 4,297$; $p < 0,05$).

Não foram encontrados na literatura achados que citassem resultados semelhantes aos obtidos nas correlações entre PSO e gênero, bem como desse para com satisfação e comprometimento. O resultado pode ser uma característica da amostra pesquisada, ou fruto da influência de outras variáveis não controladas no estudo. De certa forma, de acordo com os pressupostos teóricos (Siqueira et al., 2014), era esperado um maior

nível de satisfação e comprometimento comparado ao envolvimento com o trabalho, tendo em vista este último ser menos sensível às variáveis organizacionais. Segundo os autores (Siqueira et al., 2014), os históricos de antecedentes pessoais contribuem para o envolvimento com o trabalho em altos ou baixos níveis, o que tem sido demonstrado em estudos que descrevem as variáveis pessoais diretamente relacionadas como antecedentes do envolvimento com o trabalho. No entanto, é importante destacar que os índices de correlação ($r = 0,60$; $p < 0,01$) encontrados entre compromisso/satisfação e envolvimento com o trabalho revelam, a partir da definição do conceito de satisfação (Siqueira, 1995) a influência que os vínculos positivos com o trabalho podem ter sobre o estado de fluxo (Csikszentmihalyi, 1999), tão benéficos para a saúde do trabalhador.

A baixa pontuação obtida em PSO (3,77; $DP=1,44$) indicando baixa percepção de que a empresa apoia o empregado e cuida de seu bem-estar, por si só chama a atenção, visto a capacidade preditiva dessa variável (Eisenberger et al., 1986; Rhoades & Eisenberger, 2002; Baran, et al., 2012) para resultados positivos das organizações e os empregados (Estivalet & Andrade, 2012; Batista & Oliveira, 2012; Garanhel, 2011; Paschoal et al., 2010; Siqueira, 2005; Tamayo & Tróccoli, 2002). As análises das correlações obtidas na relação entre PSO, compromisso satisfação ($r = 0,78$; $p < 0,01$) e envolvimento com o trabalho ($r = 0,58$; $p < 0,01$), permitem sugerir que o investimento das empresas em políticas que aumentem o PSO é uma alternativa viável para que elas atinjam seus resultados organizacionais e promovam a saúde dos seus empregados.

DISCUSSÃO

A PSO é uma variável que se correlaciona positivamente com importantes resultados organizacionais esperados (Baran et al., 2012; Eisenberger et al., 1986; Rhoades & Eisenberger, 2002). No presente estudo, os índices de correlação obtidos indicam que o estado de fluxo preconizado por Csikszentmihalyi (1999) pode ser favorecido pelo suporte percebido, tendo em vista que esse favorece maior comprometimento organizacional afetivo, satisfação no trabalho e envolvimento com o trabalho. As variáveis estudadas apresentaram importantes correlações positivas e significativas entre si. Esses resultados sugerem que ações de reconhecimento e cuidados para com o bem-estar dos empregados, além de contribuírem para as organizações alcançarem seus resultados, promovem a saúde no ambiente de trabalho.

Devem ser levadas em consideração nesse estudo às limitações relacionadas ao tamanho da amostra, ao fato dela ter sido obtida por conveniência, a quantidade de variáveis estudadas e a técnica de análise adotada, o que dificulta entender as influências ocasionadas por outras variáveis sobre a amostra. Acredita-se que este estudo possa contribuir para a compreensão da relação entre PSO e BET, principalmente por este último tratar-se de um modelo teórico sugerido recentemente por Siqueira e Padovam (2008).

Fazem-se necessárias novas pesquisas a fim de entender a relação entre as variáveis estudadas, buscando oferecer subsídios para o desenvolvimento científico, bem como técnicas a serem usadas no dia a dia das empresas.

REFERÊNCIAS

- Baran, B., Shanock, L., & Miller, L. (2012). Advancing organizational support theory into the twenty-first century world of work. *Journal of Business & Psychology*, 27, 123-147. doi.org/10.1007/s10869-011-9236-3

- Batista, R. L., & Oliveira, A. F. (2012). Antecedentes da confiança do empregado na organização. *Estudos de Psicologia*, 17, 247-254.
- Borges, L.O., & Yamamoto, O.H. (2004). O mundo do trabalho. In J.C. Zanelli, J.E. Borges-Andrade, & A.V.B. Bastos (Org.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp.24-62). Porto Alegre: Artmed.
- Brown, S.P. (1996). A meta-analysis and review of organizational research on job involvement. *Psychological Bulletin*, 120, 235-255. doi:org/10.1037//0033-2909.120.2.235
- Capecce, V. R. (2009). *Bem estar no trabalho e otimismo em estudantes trabalhadores*. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Metodista de São Paulo.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54, 821-827. doi:org/10.1037//0003-066X.54.10.821
- Eisenberger, R., & Huntington, R. (1986). Perceived organizational support. *The Journal of Applied Psychology*, 71, 500-507. doi:org/10.1037//0021-9010.71.3.500
- Estivalete, V. F. B., & Andrade, T. (2012). A influência dos valores organizacionais na percepção de suporte organizacional com base na concepção dos colaboradores do setor bancário. *Revista de Administração Mackenzie*, 13, 214-244.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319. doi:org/10.1037//1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in Positive Psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226. doi:org/10.1037//0003-066X.56.3.218
- Garanhel, M. T. M. (2011). *Percepção de suporte organizacional, leader member exchange e cumprimento do contrato psicológico no contexto de trabalho temporário*. 30 f. Dissertação (Mestrado integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.
- Gouldner, A. W. (1960). The norm of reciprocity: a preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178. doi:org/10.2307/2092623
- Lapalme, M., Simard, G., & Tremblay, M. (2011). The influence of psychological contract breach on temporary workers' commitment and behaviors: A multiple agency perspective. *Journal of Business & Psychology*, 26, 311-324. doi:10.1007/s10869-010-9190-5
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.P. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp.1294-1349)., Chicago: Rand. McNally,
- Lodahl, T. M., & Kejner, M. (1965). The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, 49, 23-33. doi:org/10.1037/h0021692
- Paschoal, T., Torres, C.V., & Porto, J. B. (2010). Felicidade no trabalho: Relações com suporte organizacional e suporte social. *Revista de Administração Contemporânea*, 14, 1054-1072.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *The Journal of Applied Psychology*, 87, 698-714. doi:org/10.1037//0021-9010.87.4.698
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:org/10.1037//0003-066X.55.1.5
- Siqueira, M.M.M., & Gomide JR., S. (2004). Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In J.C. Zanelli, J.E. Borges-Andrade, & A.V.B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp.321-325). Porto Alegre: Artmed.
- Siqueira, M. M. M. (2005). Esquema mental de reciprocidade e influências sobre afetividade no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 10, 83-93.

- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.
- Siqueira, M.M.M., Orengo, V., & Peiró, J. M. (2014). Bem-estar no trabalho. In M.M.M. Siqueira (Org.) *Novas medidas do comportamento organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão*. Porto Alegre: Artmed.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: Relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7, 37-46.
- Traldi, M. T. F., & Demo, G. (2012). Comprometimento, bem-estar e satisfação dos professores de administração de uma universidade federal. *READ- Revista Eletrônica de Administração*, 18, 290-316.

TRANSFORMAÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: BRINCAR COMO MEDIADOR NA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM CRIANÇAS

Jorge Luís Ferreira Abrão ✉

Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Ciência e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista – Brasil

Trabalho realizado com apoio da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

O presente artigo tem por finalidade demonstrar as transformações da clínica psicanalítica com ênfase particular nas modificações ocorridas no manejo técnico da análise de crianças bem como sua ampliação para as intervenções em contexto institucional. Tais transformações serão exemplificadas por intermédio da descrição da utilização do brincar como mediador clínico em práticas de psicologia hospitalar desenvolvidas com crianças no contexto de enfermarias pediátricas. Para dar exequibilidade ao objetivo enunciado acima serão desenvolvidas, na sequência, o desenvolvimento de duas linhas teóricas paralelas, porém complementares, quais sejam: a evolução da técnica da análise de crianças através do brincar e o surgimento de propostas de humanização do atendimento hospitalar preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil na última década, com ênfase na participação da psicanálise no contexto pediátrico. Finalmente será apresentada a descrição de um trabalho clínico que articula a intervenção psicanalítica com crianças em um contexto institucional hospitalar.

As transformações da técnica da análise de crianças e sua aplicação em contextos institucionais

Se tomarmos como marco inaugural da psicanálise de crianças a publicação por Freud, no ano de 1909, do livro *Análise de Uma Fobia em Um Menino de Cinco Anos*, que ficou celebrizado como “Pequeno Hans”, chegamos a constatação de que esta modalidade de atendimento psicanalítico, diferenciada do corpo principal da psicanálise em decorrência de uma delimitação técnica específica, conta com aproximadamente cem anos de existência.

Neste interstício, que percorre todo o século XX chegando à aurora do século XXI, muitas foram as transformações na organização social, no modo como as relações humanas são estabelecidas e nas concepções acerca da infância. Na esteira destas transformações, as concepções relativas à infância e, por conseguinte, a forma de compreender, educar e tratar a criança, também sofreram sensíveis modificações, de forma tal que o sentimento de infância constituído, segundo Philippe Ariès (1973/1981),

✉ - Jorge Luís Ferreira Abrão, Avenida Rui Barbosa, 1262/91, Assis – SP – Brasil, CEP 19814-000

no decorrer da Idade Média, começou a ser sensivelmente abalado, dando margens a hipóteses que sustentam o prenúncio do desaparecimento da infância na sociedade contemporânea (Postman, 1982/1999).

Em um movimento dialético, na medida em que uma nova concepção de infância vai ganhando expressão no imaginário coletivo, e que a forma de se relacionar com a criança assume feição diversa daquela originada no século XIX, condição esta impulsionado, em certa medida, pela própria psicanálise, o campo circunscrito pela psicanálise de crianças vai inevitavelmente sendo chamado a rever sua prática e alargar as fronteiras de suas hipóteses teóricas, de forma a responder uma nova demanda que chega a clínica, permeada por novas relações familiares, e manifestações sintomáticas diversas.

A magnitude das questões aqui levantadas, resultantes do entrecruzamento de temas como psicanálise, infância e contemporaneidade, coloca em debate uma diversidade caleidoscópica de possibilidades de pesquisas, que podem surgir com o ímpeto de compreender uma nova realidade que começa a ser delineada. No âmbito deste trabalho, delimitamos como foco de nossa investigação as transformações técnicas da psicanálise com crianças, demonstrando sua ampliação para as práticas institucionais. Para tal será apresentada uma breve evolução histórica das transformações ocorridas na análise com crianças.

Após a iniciativa de Sigmund Freud (1987/1909) representada pela publicação do livro *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*, a psicanálise com crianças teve seus fundamentos estabelecidos e consolidados pelos de forma independente pelos trabalhos de Melanie Klein e Anna Freud década de 1920. Melanie Klein deu início a seu trabalho com crianças em torno de 1919, ao submeter seu filho mais novo Erich, reconhecido pelo pseudônimo de Fritz, ao que chamou de “educação psicanalítica”, cujos resultados foram comunicados em seu primeiro artigo publicado em 1921, intitulado *O Desenvolvimento de Uma Criança*.

Tentando libertar o menino do que entendia ser um quadro de inibição intelectual, Melanie Klein sustentava sua “educação psicanalítica” na tentativa de oferecer ao filho uma educação não coercitiva que proporcionasse todo o esclarecimento sexual necessário. A intervenção proposta consistia em oferecer à criança respostas francas a todas as perguntas por ela formuladas, fossem relativas a temas ligados a sexualidade ou de qualquer outra natureza, “... com absoluta sinceridade, e, quando necessário, uma base científica adequada a sua capacidade de compreensão – mas sempre da maneira mais breve possível” (Klein, 1921/1996, p. 24). Neste momento, nossa autora sustentava o raciocínio de que quanto menor a repressão proveniente da educação, maior a probabilidade da libido seguir o caminho da sublimação de forma livre, proporcionando assim um melhor desenvolvimento intelectual. Apesar de algum progresso no desenvolvimento intelectual de Erich, Melanie Klein constata a insuficiência de seu método pedagógico, que não foi capaz de prevenir o aparecimento de alguns sintomas neuróticos no menino. Desta forma, conclui que a repressão não era proveniente apenas de fatores externos. Não existe nenhum tipo de educação que não traga dificuldades, não há dúvidas de que aquelas que agem de fora para dentro são um fardo bem menor para a criança, do que aquelas que agem inconscientemente de dentro. (Klein, 1921/1996, p. 73)

Ao analisarmos o contexto em que se inserem as primeiras iniciativas de Melanie Klein na psicanálise, por intermédio da referida prática de “educação psicanalítica”, constatamos que o trabalho por ela desenvolvido encontrava-se em consonância com o pensamento vigente na psicanálise na década de 1920, ocasião em que propostas que visavam influenciar a educação infantil por intermédio da teoria psicanalítica com a

intenção de promover a profilaxia das neuroses começavam a ganhar repercussão. Tanto em Freud (1907/1987) quanto em Ferenczi (1908/1991), autores que influenciaram diretamente o pensamento de Melanie Klein, este tema começava a ser abordado, ainda que no plano teórico. Apesar destas semelhanças, fato que aproxima Melanie Klein de seus contemporâneos, evidenciamos uma diferença que confere originalidade ao pensamento kleiniano: enquanto em Freud e Ferenczi o objetivo a ser atingido a partir da aproximação entre a psicanálise e a educação recai sobre possibilidade do indivíduo desenvolver-se de forma saudável na plenitude de suas possibilidades, em Melanie Klein o escopo desta modalidade de intervenção tem um foco bem mais delimitado que visava desfazer os mecanismos que conduziam a inibição intelectual da criança possibilitando-lhe a plena expressão de seu potencial intelectual¹⁸.

Frente à constatação da insuficiência de sua proposta de educação psicanalítica, Melanie Klein, dá início a uma segunda fase do trabalho com Erich que denominou período de análise, que foi dividido em duas etapas: uma realizada em Budapeste e outra ocorrida em Berlim, onde Melanie Klein passou a residir a partir de 1921. Esta intervenção justificava-se uma vez que, mesmo após a adoção da “educação psicanalítica”, ou talvez em decorrência dela, o menino apresentava uma série de sintomas com a prevalência de acentuadas inibições.

Desta feita, o trabalho com o menino, a exemplo do que havia sido realizado no caso do “Pequeno Hans”, tinha por finalidade penetrar mais profundamente no inconsciente da criança, mediante a interpretação do conteúdo inconsciente expresso no simbolismo dos sonhos, das fantasias diurnas e, eventualmente, em atividades lúdicas espontâneas manifestadas por Erich.

Ao que sabemos, a primeira paciente propriamente dita de Melanie Klein foi Rita, uma menina que sofria de neurose obsessiva e contava dois anos e nove meses por ocasião do início de sua análise, ocorrida em 1923. Este caso tem significativo valor histórico, pois lançou as bases da técnica da análise de crianças.

Esta paciente, descrita por Melanie Klein em diversos momentos de sua obra, apresentava dificuldades emocionais que justificavam a necessidade de uma análise. Durante o primeiro ano de vida, Rita manifestava maior interesse pela mãe, em seguida passou a demonstrar ciúmes em relação a ela e predileção pelo pai. Quando estava com dezoito meses, a situação inverteu-se e a mãe passou a ser a figura de maior valência para a menina. Paralelamente a este fato, surgiram pavores noturnos e fobia de animais. Aos dois anos, após o nascimento do irmão, seus sintomas intensificaram-se. Até que, aos dois anos e nove meses, quando foi levada à análise, Rita mostrava-se muito ambivalente, era inibida no brincar, manifestava forte sentimento de angústia e baixa tolerância a frustração, de forma complementar, “Apresentava cerimoniais obsessivos e alternava entre ser “um amorzinho” mesclado com sentimentos de remorso e “uma ruindade” incontrolável.” (Klein, 1932/1997, p. 23).

Ao abordar esta primeira paciente Melanie Klein contava com alguma experiência advinda do trabalho com Erich e com o limitado conhecimento sobre o tema existente até então, representado, sobretudo pelo trabalho de Hug-Helmuth. Ao que nos parece, adotou inicialmente algumas das teses de sua predecessora, como a recomendação de analisar a criança em sua própria casa para evitar a resistência dos pais, no entanto, estas teses são rapidamente abandonadas em favor de uma técnica bem mais ousada e inovadora para a época.

Em seu primeiro contato com a analista, Rita demonstrou fortes sinais de ansiedade, pedindo para ir ao jardim, com o que Klein concordou. Ao saírem do quarto, foram

¹⁸ Não por acaso o tema da inibição intelectual será recorrente na obra de Melanie Klein até o início da década de 1930.

acompanhadas pelos “... olhares observadores de sua mãe e de sua tia que tomaram isto como um sinal de fracasso.” (Klein, 1955/1991, p. 152). Considerando algumas associações produzidas pela menina quando ainda estavam no quarto, a analista interpreta o medo de Rita em ficar a sós com ela, relacionando isto com seus terrores noturnos que se caracterizavam pelo medo de que uma mulher má a atacasse durante a noite. Com esta interpretação, a ansiedade da criança diminuiu consideravelmente, permitindo que analista e paciente retornassem ao quarto. Embora superado o primeiro impasse, Rita continuava evitando contato com a analista limitava-se a brincar com seus brinquedos de forma estereotipada, vestindo e desvestindo obsessivamente uma boneca, seguido da afirmação de que a boneca não era sua filha. Esta atividade lúdica da pequena paciente não passou despercebida, permitindo a Melanie Klein interpretar para Rita sua fantasia inconsciente de roubar o bebê de sua mãe que havia nascido há poucos meses, remetendo-se assim a rivalidade com a mãe, o que seria entendido anos mais tarde como uma expressão do Complexo de Édipo arcaico.

Fundamentalmente, a maior contribuição deste caso reside no fato de apresentar para Melanie Klein a importância do brincar com recurso técnico na análise de crianças. Ao abordar esta paciente, Melanie Klein optou, devido a sua pouca idade, em atendê-la na sua própria casa, uma vez que este ambiente era mais familiar para a criança. Ao iniciar a análise em seu próprio quarto, Rita evitava contato com a psicanalista e espontaneamente recorria aos brinquedos como forma de expressão. Valendo-se de sua sensibilidade clínica e da experiência proporcionada pela análise de Erich, Melanie Klein empregou esta atividade para compreender aspectos da vida inconsciente de Rita. Para Etchegoyen, “Assim como pode-se dizer que Anna O. inventou a “talking cure”, também cabe afirmar que a pequena Rita criou a técnica lúdica, com seus brinquedos e seu famoso ursinho superegóico.” (Etchegoyen, 1987, p. 230). A partir da experiência clínica advinda deste caso, Melanie Klein passou a empregar de forma sistemática a técnica do brincar, tomando-a como uma “via régia” ao inconsciente da criança.¹⁹

Outro aspecto técnico a ser destacado da análise desta primeira paciente refere-se à natureza da interpretação empregada por Melanie Klein. Uma vez que o estilo de interpretação adotado desde o caso Rita encontra-se em contraposição ao estilo técnico adotado pelos analistas de crianças da década de 1920 inspirados nos trabalhos de Hug-Hellmuth. Referindo-se a primeira interpretação apresentada a Rita em 1923, comenta Melanie Klein em 1955, em um texto que pode ser classificado como uma autobiografia profissional:

A partir das poucas coisas que ela disse e do fato de que ela havia ficado menos amedrontada quando estava fora, concluí que ela estava particularmente receosa de alguma coisa que eu poderia fazer a ela quando ela estava a sós comigo no quarto. Interpretei isto e, referindo-me a seus terrores noturnos, liguei sua suspeita de mim como uma estranha hostil ao seu medo de que uma mulher má a atacasse quando estivesse sozinha à noite. (Klein, 1955/1991, p.152)

Com base neste fragmento, podemos extrair várias características distintivas da técnica empregada por Melanie Klein. Esta autora acredita que a criança é capaz de estabelecer uma relação transferencial com o analista desde o iniciado tratamento, entendendo a hostilidade do paciente como uma manifestação da transferência negativa que deve ser debelada através da interpretação e não por meios educativos, como sugere Anna Freud.

¹⁹ De acordo com as pesquisas de Petot (1979/1991), a primeira paciente com quem Melanie Klein empregou de forma deliberada a técnica do brincar foi Inge, uma paciente de sete anos encaminhada à análise como medida profilática, cujo relato de caso foi descrito no livro *A psicanálise de crianças* (1932/1997).

Com relação à interpretação, Melanie Klein emprega uma abordagem bem menos cautelosa, se comparada àquela adotada por Anna Freud, nomeando as ansiedades da criança e trazendo à consciência suas fantasias edípicas. Sustentando esta atitude, encontramos uma concepção de desenvolvimento do psiquismo infantil que rompe com alguns pressupostos da teoria psicanalítica que vigorava na época, Klein supõe que o superego da criança desenvolve-se antes da fase fálica, sob a primazia dos impulsos pré-genitais, ao contrário do que supunha Freud. Assim, a função do analista é a de abrandar a severidade do superego primitivo e não a de auxiliar o ego da criança a controlar os impulsos provenientes do id.

No que se refere à transferência, a experiência advinda do caso Rita, somada as conclusões proporcionadas pelo atendimento de crianças pequenas neste período, permitiram a Melanie Klein esboçar uma compreensão na qual a transferência é entendida como um fenômeno plenamente compatível com a análise de crianças, que se encontra presente desde o início do tratamento.

A análise de crianças muito pequenas me revelou que até mesmo uma criança de três anos de idade já deixou para trás a parte mais importante do seu complexo de Édipo. Como consequência, ela já está muito afastada, através da repressão e do sentimento de culpa, dos pais que desejava originalmente. Suas relações com eles já passaram por distorção e transformação, de modo que os objetos atuais são imagens dos objetos originais. (Klein, 1927/1996, pp.178-179)

Ainda que a criança esteja vivendo sob a direta influência dos pais reais, o que em tese a impediria de reeditar esta relação com o analista, para Melanie Klein o que a criança expressa na transferência não é a experiência vivida com os pais reais, mas sim a relação com os pais internalizados, representados sob a forma de objetos internos. Para que a transferência possa manifestar-se de forma plena na psicanálise com crianças, é necessária, segundo Melanie Klein, que o analista renuncie a toda e qualquer pretensão educativa associada à análise, tendo em vista que somente nesta condição a criança poderá expressar-se livremente dando vazão as fantasias inconscientes por intermédio do brincar.

Em 1932, por ocasião da publicação do livro *A Psicanálise de Crianças*, Melanie Klein irá apresentar uma visão sistematizada de suas primeiras formulações teóricas e técnicas relativas a análise de crianças, baseada no trabalho que empreendeu entre os anos de 1923 a 1926, ao conduzir a análise de várias crianças em tenra idade por intermédio da técnica do brincar. Em outra frente de atuação estava Anna Freud, que iniciou seu trabalho com crianças, em Viena, no início da década de 1920. Fiel aos ensinamentos de seu pai e influenciada pelos trabalhos de Hug-Hellmuth, Anna Freud apresenta em 1926 uma série de quatro conferências²⁰ sobre técnica de análise de crianças perante a Sociedade psicanalítica de Viena, que foram posteriormente publicadas no livro *O Tratamento Psicanalítico de Crianças* de 1945.

Ao abordar a criança em análise, esta autora parte do princípio de que seus pequenos pacientes não possuem consciência da doença e tão pouco procuram espontaneamente o tratamento analítico, desta forma encontram-se na dependência dos pais para iniciar uma análise.

A decisão relativa a submeter-se a uma análise nunca parte da criança na condição de futuro paciente, mas vem sempre dos pais ou de outras pessoas que a cercam. A criança nunca é interrogada a respeito do seu próprio consentimento. Se o problema fosse colocado à criança, ela não poderia oferecer um juízo a respeito ou

²⁰ As conferências apresentadas em 1926 foram as seguintes: Uma fase preliminar na análise de crianças, Os métodos de análise de crianças, O papel da transferência na análise de crianças e A análise de crianças e a sua educação.

encontrar uma resposta. O analista é um estranho, a própria análise, algo desconhecido. (A. Freud, 1926/1971, p. 22)

Em decorrência desta característica propõe alguns ajustes técnicos no período inicial da análise da criança, recomendando a adoção de uma fase preliminar ao tratamento, de caráter não analítico, cuja finalidade é conquistar a confiança da criança e desenvolver nela a consciência da enfermidade. Esta fase preliminar, no dizer de Anna Freud, apresenta as seguintes características.

A análise de crianças exige, para a consecução de uma tarefa como essa, um período preparatório que não se verifica na análise de pacientes adultos. Devo dar ênfase ao fato de que tudo o que passamos a realizar nesse período nada tem a ver com o verdadeiro trabalho analítico, a saber, não se trata ainda de tornar conscientes os processos inconscientes ou de exercer influência analítica sobre o paciente. Trata-se simplesmente de converter uma situação inadequada numa outra situação apropriada, através de todos os meios que se encontrem a disposição de um adulto no trato com uma criança. (A. Freud, 1926/1971, p. 23)

Uma vez superada esta etapa preliminar, cuja finalidade era levar a criança a tomar consciência da necessidade da análise e aderir ao tratamento, Anna Freud passa a abordar a criança empregando uma prescrição técnica que pressupõe algumas adaptações em relação ao trabalho psicanalítico com adultos. Conquanto a associação livre não esteja ausente na psicanálise de crianças, seu emprego mostrou-se bastante limitado nesta condição, sobretudo quando utilizada de forma isolada, esta restrição levou Anna Freud a empregar outros recursos que possibilitassem maior acesso ao conteúdo inconsciente de seus pequenos pacientes, tais como sonhos, devaneios e desenhos. De forma que

A interpretação dos devaneios assim como a interpretação dos sonhos noturnos comuns desempenham um papel importante na análise da criança. Várias das crianças com quem exercitei a minha experiência eram grandes sonhadoras diurnas e a minuciosa referência de suas fantasias veio ser de suprema ajuda para mim na análise. Geralmente é bastante fácil fazer com que as crianças relatem os seus devaneios, uma vez que se tenha conquistado a sua confiança em outros assuntos. (A. Freud, 1926/1971, pp. 42-23)

É interessante salientar que, de acordo com as recomendações técnicas de Anna Freud, a psicanálise com crianças era particularmente viável a partir do período de latência, condição esta que justificava a viabilidade da utilização sistemática da interpretação de sonhos e devaneios como recurso para abordar a vida mental do paciente. O emprego deste pressuposto técnico para analisar crianças em tenra idade, como os pacientes atendidos por Melanie Klein, muito provavelmente resultaria em maior dificuldade na compreensão da criança.

No que se refere ao brincar, que vinha sendo empregado por Melanie Klein como pedra angular da técnica em análise infantil equiparado à associação livre do adulto, Anna Freud adota uma postura bem mais cética com relação ao alcance deste recurso, considerando-o como uma expressão das atividades cotidianas vividas pela criança sem, contudo, atribuir-lhe um simbolismo inconsciente. Coerente com este posicionamento técnico emprega o brincar como um elemento coadjuvante na análise de crianças que, por ser uma atividade familiar a criança, facilita o seu engajamento no tratamento e possibilita uma melhor aproximação entre o analista e o paciente.

Outra característica fundamental do trabalho de Anna Freud reside no fato desta autora considerar que durante a análise de crianças deve ser adotado, de forma complementar, um trabalho de natureza educativa que fortaleça o ego do pequeno paciente, uma vez que ele ainda não possui um superego suficientemente desenvolvido,

capaz de conter os impulsos liberados pelas interpretações oferecidas no curso da análise. Em síntese, o analista “... combina em sua própria pessoa duas funções difíceis e diametralmente opostas: tem de analisar e de educar, vale dizer, num mesmo fôlego é obrigado a ceder e proibir, a soltar e a restringir novamente” (A. Freud, 1926/1971, p. 81).

Ainda que para Anna Freud a transferência não esteja ausente na psicanálise com crianças, em seu entendimento, a magnitude da manifestação deste fenômeno clínico é bastante limitada. Esta autora sustenta a impossibilidade de analisar a transferência da criança com base em dois argumentos, um relativo à dinâmica psíquica da criança e outro decorrente das características da técnica empregada. Com relação ao primeiro argumento considera que quanto mais envolvida e dependente a criança estiver com os pais reais, menor disponibilidade ela terá para estabelecer uma relação com o analista.

A criança não se vê como o adulto, pronta a produzir uma reedição de suas relações amorosas porquanto, como se poderia dizer, a antiga edição não se encontra ainda esgotada. Os seus objetos originais, os pais, são ainda reais e presentes como objetos de amor – não apenas na fantasia como os neuróticos adultos: entre eles e a criança todas as relações da vida cotidiana existem, e todas as suas gratificações e desapontamentos dependem, na realidade desses pais. (A. Freud, 1926/1971, p. 60)

O segundo argumento decorre da postura educativa adotada no curso da análise infantil, de tal forma que

... o comportamento do analista de crianças, como já o descrevemos, não é tal que produza uma transferência que possa ser interpretada. Sabemos como nos conduzirmos na análise de adultos com essa finalidade. Permanecemos impessoais e vagos, uma página em branco na qual o paciente pode fazer inscrever as suas fantasias de transferência, de alguma maneira como, no cinema, uma imagem é lançada numa tela vazia. ... O analista de crianças pode ser tudo, menos uma sombra. Já observamos que ele é uma pessoa interessante para a criança, portador de toda sorte de qualidades que impressionam e que atraem. (A. Freud, 1926/1971, p. 61)

Muitas foram às divergências entre Melanie Klein e Anna Freud no que concerne a análise de crianças, que resultaram em diferentes embates teóricos cujos epicentros estão localizados nos anos de 1926-1927 e 1943-1944. Anna Freud, subsidiada no pensamento de Freud, entende que a resolução do conflito edípico é o elemento organizador da vida psíquica e o núcleo formador das neuroses, de tal sorte que a criança, antes da resolução deste complexo não se encontra em uma condição plena que lhe confira autonomia e independência do adulto. Esta concepção reflete em seu entendimento relativo ao desenvolvimento o superego, que se constitui pela influência dos objetos externos a partir do declínio do complexo de Édipo, o que justifica a postura pedagógica exercida pelo analista de forma a influenciar na constituição do superego.

Em outra direção, Melanie Klein defronta-se, a partir da análise de crianças pequenas, com a premência dos impulsos destrutivos expressos através fantasias sádicas de natureza oral, anal e uretral, que estão presentes tanto no desenvolvimento da criança normal quanto na origem de seus sintomas neuróticos, fazendo com que esta autora atribuisse particular importância ao período pré-genital enquanto etapa estruturante da via psíquica, retroagindo a origem do Complexo de Édipo e do superego para o início da vida. Desta forma, a criança em análise apresenta um superego bastante rígido, modulado por objetos internos, que precisa ser abrandado no curso da análise.

Após o trabalho pioneiro destas autoras, a psicanálise de crianças sofreu muitos desdobramentos e ampliações na medida em que foi expandindo suas fronteiras

geográficas e ampliando sua esfera de atuação. Entre os autores que se despontaram, salientamos os nomes de Donald Winnicott (1983/1965) Françoise Dolto, Arminda Aberastury (1982/1967) e Antonino Ferro (1995).

Com o objetivo de avaliar os desdobramentos da psicanálise com crianças no contexto brasileiro, a partir de todas as influências teóricas descritas acima Abrão (2012) conduziu uma pesquisa que destaca as principais áreas de desenvolvimento tomadas por esta especialidade. Neste trabalho foram identificadas duas áreas principais que se despontaram como âncoras de desenvolvimento da técnica psicanalítica com crianças, quais sejam: práticas de intervenção da relação pais-bebê e trabalho com crianças em que prevalecem estados mentais primitivos enquanto delimitação psicopatológica, dos quais o autismo tornou-se um elemento paradigmático de referência. Como elemento comum nestas duas áreas destaca-se a ocorrência de práticas institucionais que promovem a expansão da técnica psicanalítica para além da clínica *stricto sensu*, promovendo arranjos técnicos inovadores.

É interessante salientar que as instituições mencionadas, entre muitas outras congêneres existentes, agrupadas em duas categorias, espelham as fronteiras de desenvolvimento da psicanálise que destacamos durante esta pesquisa, corroborando assim duas hipóteses aqui levantadas: uma crescente demanda tanto para o atendimento de crianças ditas autistas, ou que manifestem patologias correlatas, quanto para o acolhimento das dificuldades e manifestações sintomáticas inerentes ao relacionamento pais-bebê no início da vida e o reconhecimento, por parte da psicanálise, das possibilidades de desenvolvimento teórico advinda da reflexão mobilizada por estes pacientes e a necessidade de adaptações técnicas para o atendimento desta demanda.

Para além de uma mera reprodução das inovações técnicas introduzidas na psicanálise com crianças nas últimas décadas, a partir das práticas *stricto sensu*, os trabalhos de natureza institucional tiveram o mérito de contribuir diretamente para a compreensão das necessidades e contingências manifestadas por estes segmentos que buscam atendimento institucional e proporcionou o desenvolvimento de estratégias que possibilite aplicar a psicanálise em ações de caráter *lato sensu*, ou como queiram alguns, em práticas de psicanálise extramuros, que se mostraram efetivas e de amplo alcance. O conjunto destas ações, sobretudo no que se refere à dimensão técnica, têm evidente reflexos em diferentes esferas, agregando contribuições não só no trabalho realizado no âmbito institucional, mas ecoando também para a prática clínica *stricto sensu*, que passa a contar com outras possibilidades técnicas experimentadas em um contexto menos refratário a mudanças e, portanto, mais susceptível a introdução de novas perspectivas de ação de caráter terapêutico.

Humanização hospitalar: uma possibilidade de inserção da psicanálise em ambiente institucional

O programa Nacional de Humanização Hospitalar foi implantado pelo Ministério da Saúde do Brasil a partir do início da década de 2000, caracterizando-se como um plano de ações integradas com a finalidade de implantar mudanças significativas no padrão de assistência oferecida a população em hospitais públicos. Seu principal objetivo é o de promover melhora consistente no padrão de atendimento oferecido nos hospitais com ênfase no caráter subjetivo e humanista das relações estabelecidas (Brasil, 2001). Dentro desta perspectiva o fortalecimento do trabalho em equipes multiprofissionais, valorização da condição subjetiva presente na assistência hospitalar e a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços, são metas a serem atingidas.

É neste contexto, circunscrito pelos objetivos da política nacional de humanização hospital que se encontra um espaço fecundo para a inserção da psicologia e da

psicanálise no contexto hospitalar. Essas disciplinas, pela natureza de suas ações podem contribuir diretamente para fomentar a emergência de relações humanizadas na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes bem como proporcionar maior atenção a condição subjetiva dos usuários do sistema de saúde.

Entre as várias possibilidades de inserção da psicanálise no ambiente hospitalar, destaca-se, na sequência um modelo a partir da intervenção com crianças internadas em enfermarias pediátricas. Esta delimitação possibilita apresentar de forma mais detalhada as características técnicas que subsidiam o desenvolvimento do trabalho em questão.

O processo de adoecimento seguido de internação e, por vezes, de intervenções cirúrgicas são fatores desencadeantes de crise. O sistema psicodinâmico da personalidade da criança preexiste a doença e aos processos hospitalares, habitualmente mantém um sistema de equilíbrio com a utilização de defesas adequadas. Quando surge o fator desencadeante, no caso a doença seguida da hospitalização, a criança se vê lançada em direção a fatos que fogem a seu controle e compreensão rompendo o equilíbrio homeostático de sua personalidade e mobilizando fantasias persecutórias.

Frente a esta situação, recomenda-se intervenções que busquem a adaptação do paciente, na medida em que

... a fantasia vai sendo substituída pela realidade, diminui o nível de ansiedade, impede um gasto energético excessivo (energia necessária para a recuperação) em fatores psicológicos e permite o uso de mecanismos defensivos adequados para a pronta recuperação e o relacionamento saudável com a equipe de saúde. (Rodrigues Velasques et al., 2005).

Nesse sentido, as intervenções de natureza psicanalíticas se inserem no contexto hospitalar visando a oferecer um atendimento integral à criança, uma vez que, além da atenção à doença e à remissão de seus sintomas orgânicos é preciso considerar a sua condição emocional. Diante desse contexto é que a intervenção psicanalítica, por intermédio de recursos lúdicos ganha significado e responsividade às demandas surgidas neste ambiente.

Um bom exemplo desse modelo de intervenção se encontra no trabalho de Trinca (1987), que investigou 15 crianças aguardando cirurgia eletiva de médio porte. Esta autora apontou que a cirurgia reativou regressivamente fantasias, angústias e defesas básicas da personalidade, assim evocando angústias primitivas e intensificando mecanismos defensivos primários. Ainda de acordo com a referida autora, a cirurgia era sentida como punição; que mobilizava forças de vida na personalidade e era percebida como uma possibilidade de reparação. Em uma publicação posterior, Trinca (2003) considera que a crise pré-cirúrgica é elemento propulsor, no sentido de mobilizar situações psíquicas em que a criança já está inserida, mobilizando e condensando conflitos já existentes.

A função do psicanalista neste contexto, consiste em esclarecer questões pertinentes ao paciente, situá-lo em relação aos fatores desencadeantes da crise, indicar o foco inconsciente que aflora por ocasião da hospitalização. Em se tratando de atendimentos breves realizados em hospitais, há maior urgência de delimitação do foco, levando o psicanalista a conciliar todas as perspectivas, de modo a compor o que se passa no momento com os sistemas básicos de funcionamento mental prévio. Segundo Perosa e Gabarra (2004), ao invés de apenas oferecer informações e dialogar com a criança, é preciso estabelecer uma troca que pode ter diversos objetivos, dependendo do caso: esclarecer pontos obscuros, desmistificar fantasias, dar novas explicações ou mesmo respeitar concepções errôneas que podem funcionar como mecanismos adaptativos em momentos de estresse.

Valle e Francoso (1999) destacam o cuidado em preservar o desenvolvimento histórico e cultural do paciente, no sentido de contribuir para que ele continue sendo sujeito de sua própria história, em relação constante com o universo social em que vive. No processo psicoterápico hospitalar deve-se, portanto, propor medidas que possibilitem que a criança descubra recursos internos de enfrentamento da situação vivida, fortalecendo o processo de descoberta de si mesma e do mundo, resgatando a dignidade de viver a internação.

Frente as características enunciadas que caracterizam a intervenção psicanalítica no *setting* hospitalar, chegamos em uma delimitação técnica que permite delimitar essa modalidade de intervenção como um procedimento breve que comporta as seguintes delimitações: trata-se de um procedimento limitado no tempo, com um foco específico e uma atitude interpretativa que enfatiza aspectos atuais e não regressivos, que visa estabelecer uma condição de equilíbrio garantindo assim melhores condições para a recuperação da criança. Embora seja possível reconhecer que a condição da doença mobilize angustias primitivas, a intervenção promovida no contexto hospitalar não tem por finalidade elucidá-las, cabendo ao profissional atuar diretamente nas questões de natureza imediata que promovem o desajuste do pequeno paciente.

Um modelo de intervenção psicanalítica em enfermaria pediátrica

Será descrito na sequência, a título de exemplo, um modelo de intervenção realizado em enfermaria pediátrica a partir do referencial psicanalítico adotado enquanto suporte teórico e técnico. O trabalho em questão é realizado por intermédio de um projeto de extensão universitária intitulado "Brinquedoteca: Psicologia no Hospital" que acontece desde março de 2000, no setor de pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Assis e desde 2009, no Hospital Regional da mesma cidade, mediante convênio firmado entre essas entidades e a Universidade Estadual Júlio de Mesquita Filho (UNESP) /Campus Assis ²¹. A equipe é formada por estagiários do Curso de Psicologia e supervisores/docentes do Departamento de Psicologia Clínica e do Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da referida faculdade. Ambos os hospitais oferecem atendimento em enfermaria pediátrica para crianças de 0 a 14 anos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). São atendidas pela equipe de profissionais e estagiários de psicologia que compõe a brinquedoteca nestes hospitais, uma média de 500 crianças anualmente, internadas por finalidade clínica ou cirúrgica.

Nesses dois hospitais, há uma brinquedoteca móvel, na qual os estagiários levam o carrinho com brinquedos variados para diferentes faixas etárias e materiais gráficos até os leitos. Além disso, em cada um destes locais há também um espaço físico adequado para propor atividades lúdicas para as crianças de forma individual ou grupal. Em ambas as situações a criança tem liberdade e autonomia de escolha do brinquedo e de como desejar brincar. A intervenção consiste em possibilitar à criança um espaço no qual ela possa brincar espontaneamente sem induções ou restrições, sendo assistida por um profissional ou estagiário de psicologia que interage com ela na medida de suas necessidades e interesses. Ao observar o brincar e compreender a demanda subjacente inferida a partir deste, o profissional deve eleger os aspectos relacionados com o processo de adoecimento e com o contexto da internação hospitalar e, em seguida, realizar interpretações que contribua para a diminuição da angústia manifestada pelo pequeno paciente. Intervenção esta que ocorre por intermédio de interpretações com a

²¹ Cabe ressaltar que Assis é uma cidade brasileira localizada no interior do Estado de São Paulo contando atualmente aproximadamente 100 mil habitantes. Dada sua localização geográfica caracteriza-se como um polo regional que congrega aproximadamente 15 municípios de pequeno porte.

finalidade de promover a elaboração de suas angústias mais imediatas, ou através de esclarecimentos que informe sobre a natureza dos procedimentos médicos realizados.

A implantação de uma brinquedoteca hospitalar tem como objetivo tornar a internação menos hostil, de forma que a criança passa a elaborar as questões vinculadas à doença e à hospitalização e participar do processo de seu tratamento visando à recuperação de sua saúde. Assim as intervenções diminuiu a ansiedade, contribui para superar possíveis traumas ocasionados pelos procedimentos realizados no hospital e fortalece a estrutura familiar a partir de orientações sobre como o brincar contribui para o desenvolvimento e recuperação da criança.

Outra perspectiva para o trabalho executado pela brinquedoteca é o de, juntamente com os profissionais da saúde, viabilizar um trabalho multiprofissional no qual há a possibilidade de enxergar a criança com suas singularidades sob um enfoque biopsicossocial. Essa equipe multiprofissional, que conta com médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo, além de auxiliar na recuperação da criança internada, desmistificando estereótipos e práticas do tratamento que gerariam angústias, estabelece um canal entre os profissionais para que possam repensar suas práticas e discutir os saberes sobre as diversas disciplinas envolvidas. Portanto, podemos ainda destacar que a Brinquedoteca vem cumprindo um papel de grande relevância social na medida em que tem promovido a humanização hospitalar e o atendimento de um expressivo número de crianças da região e das áreas mais distantes.

Considerações finais

Após a demonstração da fundamentação teórica e da descrição da intervenção proposta no contexto hospitalar, é oportuno esboçar algumas considerações acerca dos resultados obtidos. De forma geral, os resultados decorrentes desta intervenção, realizada ininterruptamente ao longo 13 anos, indicam que as atividades lúdicas realizadas junto às crianças hospitalizadas para procedimentos clínicos ou cirúrgicos com base no referencial psicanalítico, contribuem para uma maior inclusão das mesmas na instituição hospitalar; possibilitam a elaboração da situação de exceção que a criança vive no hospital e contribuem para o processo de recuperação do paciente.

No que concerne inclusão das crianças na instituição hospitalar, cabe destacar que habitualmente os pequenos pacientes não dispõem de nenhuma autonomia sobre sua rotina no ambiente hospitalar, tão pouco recebem informações adequadas sobre a natureza e características dos procedimentos médicos aos quais serão submetidos. Desta feita, ao identificar no brincar as fantasias e angustias com relação ao hospital e a doença, o profissional pode ampliar a capacidade de compreensão da criança explicitando seus medos, prestando esclarecimentos e contribuindo para uma visão mais real da situação vivida.

Quanto a possibilitar a elaboração da situação de exceção que a criança vive no hospital, é conveniente salientar que a situação de internação retira a criança de seu sítio de referência, afastando-a da família e da escola e introduzindo-a em um ambiente hostil. Assim, ao possibilitar o brincar o profissional aproxima a criança de uma atividade que lhe é familiar trazendo algo de conhecido para um ambiente desconhecido. Tal condição favorece a elaboração de uma situação de exceção. Por fim, é possível considerar que o trabalho realizado pelo profissional ao explicitar a angustia vivida pela criança que é expressada no brincar, contribuem para o processo de recuperação do paciente, uma vez que uma condição emocional mais integrada facilita a adesão da criança aos procedimentos médicos e favorece o restabelecimento de sua saúde física.

Tais resultados tornam-se possíveis na medida em que a psicanálise transita de um *setting* clássico para um *setting* ampliado, de tal forma que as intervenções ocorrem no espaço da brinquedoteca ou nos próprio leito da criança, o objetivo é focal em função da brevidade do trabalho, que se resume a poucos ou mesmo a um único encontro, e as interpretações não fazem referência ao passado histórico do paciente, devendo ficar restritas as angustias mobilizadas em decorrência da doença e da hospitalização.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da Criança* (A. L. L. Campos, Trad., 7ª. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1967)
- Abrão, J. L. F. (2012). *As vicissitudes da clínica psicanalítica com crianças no século XXI: delimitação de parâmetros técnicos no contexto brasileiro*. Tese de Livre-docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família* (D. Flaksman, Trad., 2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara. (Original publicado em 1973)
- Brasil (2001). *Programa Nacional de humanização da assistência hospitalar da assistência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dolto, F. (1988). *Pediatria e Psicanálise* (A. Cabra, Trad.). Rio de Janeiro: Guanabara. (Original publicado em 1971)
- Etchegoyen, H. (1987). *Fundamentos da técnica psicanalítica* (C. G. Fernandes, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ferro, A. (1995). *A técnica da psicanálise infantil* (M. Justum, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, A. (1971). *O tratamento psicanalítico de crianças* (M. A. M. Matos, Trad.) Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926)
- Freud, S. (1987). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 10, pp. 13-154). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1909)
- Klein, M. (1997). *A psicanálise de crianças* (L. P. Chaves, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1932)
- Klein, M. (1996). O desenvolvimento de uma criança. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (A. Cardoso, Trad., pp. 21-75). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1921)
- Klein, M. (1991). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In: *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)* (B. H. Mandelbaum, Trad., pp. 149-168). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1955)
- Perosa, B. G., & Gabarra, L. M. (2004) Explicações de crianças internadas sobre a causa das doenças: implicações para a comunicação profissional de saúde-paciente. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, 8, 135-47.
- Postman, N. (1999). *O desaparecimento da infância* (S. M. A. Carvalho, & J. L. Melo, Trad.). Rio de Janeiro: Graphia. (Original publicado em 1982)
- Trinca, A.M.T. (1987) *Apreensão de conteúdos emocionais de crianças em situação pré-cirúrgica*. Dissertação de mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.
- Trinca, A.M.T. (2003) *A intervenção terapêutica breve e a pré-cirúrgica infantil: o procedimento de desenhos-estórias como instrumento de intermediação terapêutica*. São Paulo: Vetor.

- Valle, E R M, Francoso, L P C. (1999) *Psico-Oncologia pediátrica; vivencias de crianças com câncer*. Ribeirão Preto - SP: Scala.
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação* (I. C. S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965)

ABRIR ESPAÇO À SAÚDE MENTAL - DIFERENÇAS DE GÉNERO: RESULTADOS PRELIMINARES

Luísa Campos [✉], Ana Isabel Duarte, Pedro Dias, Filipa Palha e Elisa Veiga

Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano da Faculdade de Educação e Psicologia da
Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Na sociedade atual, pautada por importantes mudanças sociais e económicas, a saúde mental assume-se, cada vez mais, como uma componente essencial para a construção de redes sociais positivas, determinantes para o desenvolvimento de futuras gerações produtivas, saudáveis e coesas (Alexander, 2005; Social Cohesion, 2008; European Commission & Portuguese Ministry of Health, 2010; World Health Organization [WHO], 2010a, 2010b). Em 2005, a promoção da saúde mental foi definida como prioritária pela Organização Mundial de Saúde, sendo enfatizado por um lado 1) a necessidade desta prioridade ser definida nos planos nacionais das políticas de saúde pública dos diferentes estados; e, por outro lado, 2) a necessidade de se intervir prioritariamente junto das crianças e jovens (WHO, 2005).

O reconhecimento dos jovens como um público-alvo prioritário é inquestionável, justificando-se pelo facto i) da maior dos problemas de saúde mental surgir na juventude (European Commission, 2008) (1 em cada 4 jovens poderá vir a sofrer de um problema de saúde mental ao longo da sua vida (WHO, 2002); ii) da conjuntura socioeconómica atual impor aos jovens importantes riscos para o seu desenvolvimento saudável, podendo acentuar a sua vulnerabilidade ao nível da saúde mental, especialmente a dos jovens que vivem no sul da Europa (European Parliament, 2012); e iii) pela juventude constituir-se um período de vida no qual as atitudes são maleáveis e, por isso, modificáveis (Wahl, 2002).

A *literacia em saúde mental*, termo introduzido por Jorm (1997 *cit in* 2000), é um dos elementos chave da promoção da saúde mental, englobando o conhecimento e crenças relativas a perturbações mentais, que ajudam no reconhecimento e na prevenção das mesmas, bem como na aquisição de comportamentos mais adequados, de forma a promover e manter uma boa saúde mental. Especificamente, é constituída por várias componentes: (1) capacidade para reconhecer e distinguir diferentes perturbações mentais; (2) conhecimento acerca dos fatores de risco e causas dessas perturbações; (3) conhecimento acerca das intervenções de autoajuda e ajuda profissional a que se pode recorrer; (4) atitudes que potenciem o reconhecimento e a procura de ajuda adequada; e (5) conhecimento da melhor forma de procurar informação sobre a saúde mental (Jorm, 2000, 2012).

[✉] Luísa Campos, Rua Diogo Botelho, 1327, 4169 – 005 Porto, email- mcampos@porto.ucp.pt

Diversos estudos apontam para baixos níveis de literacia em saúde mental na sociedade em geral (Burns, *et al.*, 2006; Crisp, Gelder, Goddard & Meltzer, 2005; Jorm, 2000; Jorm, Nakane, Christensen, Yoshioka, Griffiths & Yata, 2005; Jorm, Kitchener, Kanowski & Kelly, 2007; Lauber, Nordt, Falcato & Rossler, 2003;) e, especificamente, entre os jovens (Cotton *et al.*, 2006; Olsson & Kennedy, 2010).

O nível reduzido de literacia em saúde mental compromete o reconhecimento dos sintomas, a atempada e adequada procura de ajuda e a disponibilidade para ajudar os outros (Jorm, 2000) – *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda*. Os níveis de literacia em saúde mental parecem ser influenciados por diferentes variáveis entre as quais o género. Investigações desenvolvidas com jovens apontaram para diferenças entre rapazes e raparigas, apresentando estas últimas níveis superiores de literacia (Burns *et al.*, 2006; Cotton *et al.*, 2006).

Em Portugal, a promoção da saúde mental e da literacia em saúde mental são consideradas prioritárias, tendo sido definidas como áreas privilegiadas no Plano Nacional de Saúde Escolar 2012-2016 (Ministério da Saúde, 2006). É neste contexto que o projeto Abrir Espaço à Saúde Mental surgiu, tendo como objetivo aumentar a literacia em saúde mental junto de jovens entre os 12 e os 14 anos, procurando colmatar a escassez de intervenções, desenvolvidas de forma sistematizada e avaliadas de forma sistemática.

O objetivo do estudo é analisar diferenças de género na Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda, antes e após a implementação de um programa de promoção de literacia em saúde mental.

MÉTODO

Participantes

Participaram 63 estudantes do 7º ano de escolaridade de 3 escolas do Norte de Portugal, dos quais 25,4% frequentavam o ensino privado. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 12 e os 14 anos ($M=12,11$; $DP=0,36$), sendo 50,8% do sexo masculino.

Material

Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) -O LSMq foi construído no âmbito do projeto “Abrir Espaço à Saúde Mental - Promoção da saúde mental em adolescentes (12-14 anos): Desenvolvimento e avaliação da eficácia de uma intervenção” (PTDC/PSI-PCL/112526/2009)²².

O estudo das propriedades psicométricas do LSMq envolveu 737 jovens, dos 11 aos 17 anos ($M=13,08$; $DP=1,06$) do 3º ciclo do ensino básico (28,8% do 7º ano; 32,6% do 8º ano; 38,7% do 9º ano), sendo 52,8% dos participantes do sexo masculino. A análise fatorial exploratória apontou para a existência de três fatores, (1) Conhecimentos sobre problemas de saúde mental, (2) Procura de ajuda e competências de primeira ajuda e (3) Estratégias de autoajuda, com níveis de consistência interna de 0,78, 0,79 e 0,72, respetivamente (Campos *et al.* 2013). O LSMq é constituído por 33 itens com resposta numa escala tipo Likert (1=discordo muito; 5=concordo muito) e um item de escolha múltipla, distribuídos pelas três dimensões.

A dimensão dos *Conhecimentos sobre problemas de saúde mental* é constituída por (a) item de escolha múltipla, no qual é solicitada a identificação de três perturbações

²² Projeto desenvolvido pela Faculdade de Educação e Psicologia, Centro Regional do Porto, Universidade Católica Portuguesa, com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia e em parceria com a ENCONTRAR+SE – Associação para a promoção da saúde mental.

mentais numa lista de sete problemas de saúde e (b) 18 itens numa escala de 5 pontos de Likert (1=discordo muito a 5=concordo muito), incluindo sintomas de três perturbações mentais (itens 3, 4, 11, 22, 23 e 31), fatores de risco (itens 14, 18, 27 e 33), impacto dos problemas de saúde mental (itens 7, 17 e 28), identificação precoce de problemas de saúde mental (itens 16 e 25) e estereótipos (itens 12, 17 e 26). A dimensão relativa à *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda* compreende dez itens, igualmente numa escala de 5 pontos de Likert (1=discordo muito a 5=concordo muito), incluindo a procura de ajuda formal (item 10), a procura de ajuda informal (itens 5 e 20) e competências de primeira ajuda (itens 1, 6, 8, 13, 18, 24 e 29). A terceira dimensão - *Estratégias de autoajuda* - integra cinco itens, numa escala de 5 pontos de Likert (1=discordo muito a 5=concordo muito), compreendendo itens relativos à prática de exercício físico (item 2), à boa higiene do sono (item 9), à alimentação equilibrada (item 21), a atividades apazíveis (item 30) e à partilha de problemas (item 32). Foram recolhidos dados relativos à idade, género e ano de escolaridade.

Intervenção de promoção da saúde mental- A intervenção de promoção da saúde mental é constituída por duas sessões, de 90 minutos cada, implementadas com um intervalo de uma semana. São explorados conhecimentos relativos à saúde física e mental e estereótipos associados a problemas de saúde mental; trabalhados sinais, sintomas e impacto dos problemas de saúde mental; identificados sinais e sintomas de três perturbações mentais – Ansiedade, Depressão e Esquizofrenia; identificados fatores de risco; explorados tipos de ajuda formal e informal disponíveis; exploradas competências de primeira ajuda face a pessoas com problemas de saúde mental e estratégias de autoajuda; e promovidos comportamentos não estigmatizantes face a problemas de saúde mental, bem como comportamentos promotores de saúde mental. As sessões seguem uma metodologia interativa (e.g. dinâmicas de grupo, vídeos, músicas e promoção do debate e esclarecimento de dúvidas), utilizando uma linguagem, estratégias e materiais adaptados ao público-alvo.

Procedimento

Previamente à recolha de dados, foi requerida a autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), bem como ao Ministério da Educação, designadamente à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Os procedimentos éticos e deontológicos foram ainda assegurados através do preenchimento do consentimento informado por parte dos participantes e respetivos encarregados de educação.

A recolha de dados foi realizada através do LSMq, segundo uma metodologia pré-pós (uma semana antes da 1ª sessão e uma semana após a 2ª sessão).

A análise dos dados foi realizada com recurso ao SPSS v.20.0. Num primeiro momento, procedeu-se à recodificação de seis itens invertidos (itens 7, 12, 15, 17, 24 e 26), sendo calculado o score total de cada dimensão, através da soma dos itens correspondentes a cada uma das dimensões.

Foi utilizada a estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica e avaliação do score global da dimensão relativa à *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda*. Os valores mais elevados correspondem a níveis superiores de conhecimentos relativos a procura de ajuda e de competências de primeira ajuda.

Com o objetivo de avaliar a influência do género na *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda* dos jovens (score global da dimensão), foi utilizado o teste *t* para amostras independentes, complementado com o teste de Mann-Whitney (análise de diferenças nos itens).

RESULTADOS

Pré-intervenção

Na pré-intervenção, observam-se diferenças significativas entre os participantes do sexo masculino ($M=4,16$; $DP=0,44$) e do sexo feminino ($M=4,39$; $DP=0,42$) no score global da dimensão *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda* ($t(56)=-2,03$; $p=0,04$; cf. Figura 1).

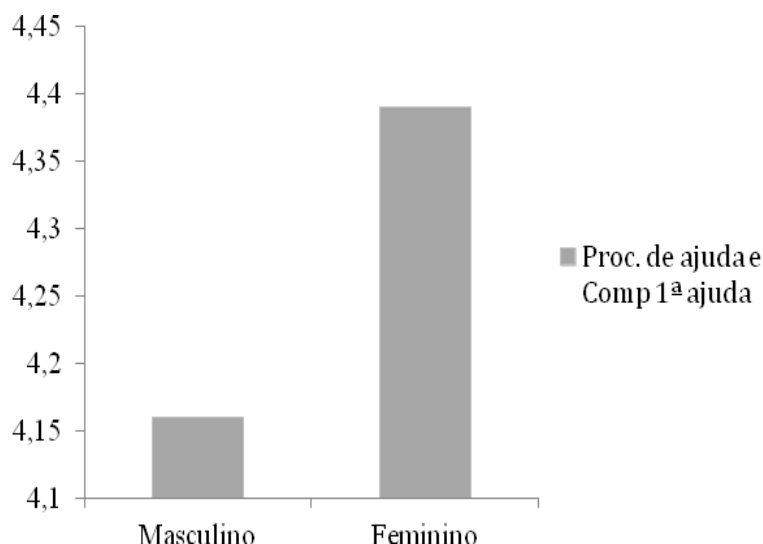


Figura 1.

Diferenças de género no score global da dimensão de Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda (pré-intervenção)

Numa análise detalhada dos itens que integram a dimensão em estudo - *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda* - verificam-se diferenças significativas entre ambos os géneros, nos itens 1, 6 e 13. Saliente-se que um dos valores médios mais elevados observado em ambos os géneros registou-se, igualmente, no item 1 (quadro 1)

Quadro 1.

Diferenças de género nos itens da dimensão Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (pré-intervenção)

	Sexo masculino		Sexo feminino		U
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	32	4,53 (0,51)	30	4,83 (0,46)	326,50*
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	32	4,63 (0,49)	30	4,70 (0,60)	424,00
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	32	4,25 (0,57)	31	4,55 (0,57)	361,00*
8. Se um amigo meu tivesse uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	30	3,80 (1,03)	31	3,77 (0,99)	450,00
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	32	4,34 (0,75)	31	4,39 (0,88)	456,00
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	31	4,10 (0,65)	31	4,55 (0,77)	291,00*

(Cont.)	Sexo masculino		Sexo feminino		U
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	32	4,16 (0,68)	29	4,31 (1,00)	369,50
20. Se eu tivesse uma perturbação mental, procuraria a ajuda dos meus amigos.	32	3,84 (0,95)	30	4,07 (0,64)	436,00
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar. (item invertido)	32	4,13 (0,71)	31	4,19 (0,91)	453,50
29. Se um amigo meu tivesse uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	32	3,94 (0,91)	31	4,13 (0,76)	445,50

* $p \leq 0,05$

Pós-intervenção

Após a intervenção, não se verificam diferenças significativas nas médias do score global da dimensão *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda*, entre o sexo masculino ($M=4,24$; $DP=0,40$) e o sexo feminino ($M=4,41$; $DP=0,49$) ($t(52)=-1,53$; $p=0,13$) (cf. Figura 2).

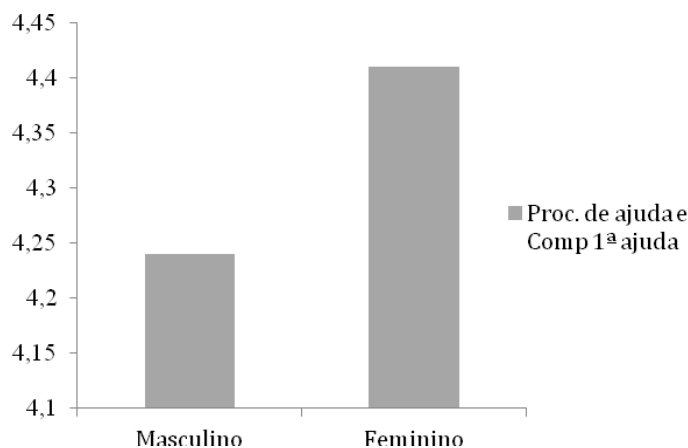


Figura 2.

Diferenças de género no score global da dimensão de Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda (pré-intervenção)

Na análise detalhada dos itens da dimensão *Procura de ajuda e competências de primeira ajuda* observam-se, após a intervenção, diferenças significativas entre ambos os géneros apenas no item 1 (cf. Quadro 2).

Quadro 2.

Diferenças de género nos itens da dimensão Procura de ajuda e competências de primeira ajuda (pós-intervenção)

	Sexo masculino		Sexo feminino		U
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
1. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar.	26	4,54 (0,51)	29	4,79 (0,49)	274,00*
5. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria a ajuda da minha família.	26	4,46 (0,65)	29	4,59 (0,63)	335,00
6. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um psicólogo.	26	4,31 (0,74)	29	4,52 (0,63)	317,50
8. Se um amigo meu tivesse uma perturbação mental, eu falava com os pais dele.	26	4,12 (0,86)	29	4,17 (0,81)	368,00

(Cont.)	Sexo masculino		Sexo feminino		U
	N	Média (DP)	N	Média (DP)	
10. Se eu tivesse uma perturbação mental procuraria ajuda profissional (psicólogo e/ou psiquiatra).	26	4,38 (0,64)	29	4,24 (0,83)	352,00
13. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu ouvia-o sem julgar.	26	4,42 (0,81)	29	4,55 (0,87)	333,00
19. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu encorajava-o a procurar um médico.	26	3,88 (1,07)	29	4,34 (0,81)	276,00
20. Se eu tivesse uma perturbação mental, procuraria a ajuda dos meus amigos.	26	4,12 (0,59)	29	4,17 (0,76)	354,00
24. Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, eu não podia fazer nada para o ajudar (<i>item invertido</i>).	26	4,46 (0,71)	29	4,52 (0,63)	364,00
29. Se um amigo meu tivesse uma perturbação mental, eu falava com o diretor de turma ou outro professor.	26	3,96 (0,60)	29	4,17 (0,76)	304,00

* $p \leq 0,05$

DISCUSSÃO

A população em geral (Crisp *et al.*, 2005), e os jovens em particular (Cotton *et al.*, 2006; Olsson *et al.*, 2010), revelam níveis de literacia em saúde mental baixos, comprometendo a procura de ajuda precoce, bem como a disponibilidade para ajudar os outros (Jorm, 2012; Kelly, Jorm & Wright, 2007).

O presente trabalho apresentou alguns resultados preliminares do projeto Abrir Espaço à Saúde Mental, analisando as diferenças de género ao nível de *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda*, antes e após a implementação da intervenção de promoção de literacia em saúde mental desenvolvida no âmbito do projeto.

Na pré-intervenção observaram-se diferenças significativas no score global da dimensão *Procura de ajuda e Competências de primeira ajuda*, apresentando o género feminino níveis superiores comparativamente ao género masculino. Numa análise mais detalhada dos itens que integram a referida dimensão, verificou-se que os participantes do sexo feminino revelaram valores superiores no item relativo à maior predisposição para ajudar um amigo (item 1), encorajar um amigo a procurar ajuda formal – psicologia (item 6) e ouvir um amigo sem julgar (item 13). Estes resultados vão no sentido de outros estudos que apontam, igualmente, para diferenças entre os géneros, revelando os rapazes níveis inferiores de conhecimentos sobre problemas de saúde mental (Cotton *et al.*, 2006; Burns *et al.*, 2006) o que parece conduzir a uma maior relutância na procura de ajuda profissional e comprometer a atempada e adequada procura de ajuda, bem como a disponibilidade para ajudar os outros (Jorm, 2000, 2012).

Não obstante, importa salientar que os scores globais apresentados na dimensão em estudo são elevados, em ambos os géneros. Estes valores poderão justificar-se pelo facto dos jovens que participaram no presente estudo serem oriundos de escolas privadas. Uma vez que (1) os estudantes de escolas públicas e privadas parecem ser, na sua maioria, oriundos de famílias de nível socioeconómico inferior e superior, respetivamente (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2011) e (2) o contexto socioeconómico tem um impacto significativo sobre o conhecimento geral (Sirin, 2005); também a literacia em saúde mental parece ser influenciada pela variável socioeconómica (Campos, et al. 2013; ten Have, et al., 2010; von den Knesebeck *et al.*, 2012).

Após a intervenção, observou-se apenas uma diferença significativa entre os géneros no item 1 “Se um amigo meu estivesse com uma perturbação mental, oferecia-me para ajudar” embora quer os rapazes, quer as raparigas tenham apresentado valores elevados.

Os resultados preliminares do projeto Abrir espaço à saúde mental aqui apresentados parecem indicar que intervenções de promoção da literacia em saúde mental poderão contribuir para a atenuação de possíveis diferenças de género, ao nível da *Procura de ajuda e das Competências de primeira-ajuda*; e salientam a necessidade de, em futuros trabalhos, serem tidas em consideração as especificidades dos contextos socioeconómicos.

REFERÊNCIAS

- Alexander, T. (2005). *A bright future for all – Promoting mental health in education*. Consultado em: <http://www.welllondon.org.uk/>
- Burns, J., & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy. Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29, 225–239. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.05.004
- Campos, L., Losada, A., Pinho, S., Duarte, A., Palha, F., Dias, P., & Veiga. (2013). Mental Health Literacy in students from public & private schools: Preliminary results from Finding Space to Mental Health. Comunicação apresentada no 1st World Congress on Children and Youth Health Behaviors / 4º Congresso Nacional de Educação para a Saúde, Viseu, Portugal.
- Campos, L., Palha, F., Dias, P., Veiga, E., & Duarte, A. (Abril, 2013). *Finding Space to Mental Health - Promoting mental health in adolescents (12-14 year-olds): Preliminary results of intervention's effectiveness*. Comunicação apresentada no IV Congreso Internacional de Psicología FIUC, Buenos Aires, Argentina.
- Cotton, S., Wright, A., Harris, A., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 790–796. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists, *World Psychiatry*, 4, 106-113.
- European Commission. (2008). *European pact for mental health and well-being*. Consultado em: <http://ec.europa.eu/>
- European Commission & Portuguese Ministry of Health. Background document for the thematic conference - Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being. (2010). Consultado em: <http://ec.europa.eu/>
- European Parliament. (2012). Mental health in times of economic crisis. Workshop conducted on European Parliament, Brussels, Belgium. Consultado em: <http://www.europarl.europa.eu/>
- Jorm, A. (2000). Mental Health Literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy: empowering the community to take action for action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243. doi:10.1037/a0025957
- Jorm, A., Kitchener, B., Kanowski, L., & Kelly, C. (2007). Mental Health First Aid Training for members of the public. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 141-151.
- Jorm, A., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K., & Yata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 1-14. doi:10.1186/1741-7015-3-12

- Kelly, C., Jorm, A., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187, 26-29.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2004) Factors influencing social distance towards people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 265-274. doi:10.1023/B:COMH.0000026999.87728.2d
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2011, August). Private schools: Who benefits? *PISA in focus*, 7, 1-4. Consultado em: <http://www.oecd.org>
- Olsson, D., & Kennedy, K. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: Recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Intervention in Psychiatry*, 4, 291–298. doi:10.1111/j.1751-7893.2010.00196.x
- Sirin, S. (2005). Socioeconomic status and academic achievement: A meta-analytic review of research. *Review of Educational Research*, 75, 417–453. doi: 10.3102/00346543075003417
- Social Cohesion for Mental Well-being among Adolescents. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008. Consultado em: <http://www.euro.who.int/en/home>
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., & Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 45, 153–163. doi:10.1007/s00127-009-0050-4
- von dem Knesebeck, O., Mnich, E., Daubmann, A., Wegscheider, K., Angermeyer, M., Lambert, M. ..., Kofahl, C. (2012). Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 775-82. doi: 10.1007/s00127-012-0599-1
- Wahl, O. (2002). Children's views of mental illness: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6, 134-158. doi: 10.1080/10973430208408430
- World Health Organization. (2002). *The world health report: Reducing risks, promoting healthy life*. Consultado em: <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions: Report from the WHO European Ministerial Conference*. Consultado em: <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization. (2010a). *Mental health promotion in young people – An investment for the future*. Consultado em: <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization. (2010b). *Youth-friendly policies and services in european region*. Consultado em: <http://www.who.int/en/>

INDICADORES DE OTIMISMO DE HABITANTES DA AMAZÔNIA-BRASIL

Lerkiane Miranda de Morais[✉] 1, Suely A. do Nascimento Mascarenhas 1, Fabiana Soares Fernandes 1, Rosenir Lira 1, Luís Sergio Vieira 2 e Antônio Roazzi 3

1-Universidade Federal do Amazonas/Humaitá-Brasil; 2 - Universidade do Algarve; 3- Universidade Federal de Pernambuco/Brasil

Para iniciar o debate sobre esse fenômeno vou me reportar à frase citada acima objetivando ressaltar que, o otimismo há muito tempo atrás já era visto como um sentimento de extrema importância para a vida do ser humano. Helem Keller (1880-1968) uma célebre escritora, filósofa e conferencista, uma personagem famosa pelo extenso trabalho que desenvolveu em favor das pessoas portadoras de deficiência. Essa renomada escritora proclamava que o otimismo é a fé em ação, ou seja, é o pensamento que move a ação do ser humano. Nada se pode levar a efeito sem o otimismo. Nesse sentido, o otimismo pode ser concebido como uma atitude daqueles para quem tudo no mundo é o melhor possível, ou para quem a soma dos bens supera a dos males. Também é considerada uma tendência a ver tudo bem; tendência daqueles que se consideram satisfeitos com o atual estado de coisas.

Respaldados nas alusões acima, partimos então de estudos realizados ao abrigo do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq, uma iniciativa do Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq, para alcançarmos o objetivo de apontar os indicadores de otimismo apresentados por habitantes do Amazonas-Brasil.

Ser otimista é acreditar que o futuro reserva boas perspectivas e que é sempre possível encontrar uma solução para as adversidades. Na vida real, é possível ser otimista sem tirar os pés do chão: Para isso, é preciso analisar cenários, avaliar riscos e buscar saídas para um desfecho positivo, sem desanimar diante de obstáculos. Scheier e Carver (1992) consideram que o otimismo é uma tendência global para acreditar que as pessoas terão normalmente bons resultados na vida em vez de maus. Desta forma, o otimismo é explicado pela psicologia positiva como a disposição para ver tudo pelo lado bom. Neste sentido, focalizam-se sempre os aspectos positivos dos fenômenos da existência, bem como a tendência cognitiva de ver as coisas e julgá-las a partir de seu aspecto mais favorável. Ser otimista, nestas perspectivas, não se reduz apenas a pensamentos positivos. Seu fundamento se encontra na maneira como se pensa sobre as causas (Seligman, 1995, cit. in Bandeira et al., 2002).

A diferença entre a visão otimista e pessimista está na forma de se explicar a causa de eventos ruins ou bons que acontecem no dia a dia do sujeito. Enquanto a orientação

[✉] - Lerkiane Miranda de Morais, Universidade Federal do Amazonas-UFAM, Rua 29 de Agosto, 786, Centro, Humaitá/AM- Brasil CEP: 69800-000, E-mail: lerkianemiranda@hotmail.com

otimista está relacionada com saúde física e mental, a orientação pessimista se relaciona com depressão, ansiedade e práticas de comportamentos de risco (Bandeira et al., 2002). Levando em consideração a definição do fenômeno otimismo, podemos ressaltar que a orientação positiva com relação ao futuro contribui de forma significativa para enfrentar as dificuldades e obstáculos presentes no dia-a-dia do indivíduo, seja no ambiente familiar, no trabalho, na escola, na comunidade.

Está cada vez mais evidente que a vida em sociedade nos proporciona momentos bons e ruins, ou seja, em qualquer ambiente social sempre haverá situações difíceis e estressantes, as quais precisam ser enfrentadas de qualquer maneira, pois não há como ignorá-las. É nessas situações, que uma orientação positiva poderá contribuir para direcionar as ações da melhor maneira possível. Pois, ao enfrentar fatores estressantes os otimistas parecem assumir uma postura de solução de problemas, no qual demonstram mais habilidades para enfrentar e resolver essas situações. Nessa perspectiva, pode-se dizer que as pessoas mais otimistas avaliam as dificuldades e estresses do dia-a-dia em termos de crescimento potencial e redução de tensão, ou seja, pessoas otimistas não ignoram essas situações, pelo contrário elas tendem a enfrentá-las e se possível tirar proveito dessas dificuldades, as quais podem contribuir para seu crescimento pessoal, social e profissional.

Enfim, ter uma orientação positiva quanto ao futuro é de extrema importância para a felicidade do ser humano, bem como para a saúde física e psicológica, pois, pessoas otimistas têm mais possibilidades de enfrentar e superar as dificuldades encontradas no dia-a-dia (Mascarenhas, Moraes, & Mota, 2013). O conceito de “otimismo aprendido” constitui um marco da compreensão sobre o funcionamento psíquico do ser humano. “Mesmos aos pessimistas podem ser ensinadas competências de otimismo, resultando daí maior impermeabilidade à depressão” (Oliveira, 2010, pp.67-68).

O objetivo do estudo é identificar o otimismo de habitantes da Amazônia-Brasil

MÉTODO

A referida pesquisa é de cunho quantitativo. A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (Polit, Becker, & Hungler, 2004).

O método quantitativo de pesquisa tem no questionário uma de suas grandes ferramentas. É pelos resultados obtidos nessa técnica de coleta de dados que são feitas as induções, que hora confirmam as suposições inicialmente levantadas pelo pesquisador, e hora as refutam.

Participantes

Participaram 522 habitantes residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes 522 habitantes, 32% residem no Município de Humaitá, 42% Manicoré, 7,4% Lábrea, 11% Benjamim Constant, 6,3% Tabatinga, 1,5% em Manaus. Com relação à idade esta amostra é composta por 65,3 % de Jovens Adultos (com idades entre 18 e 25 anos); 34,6 % Adultos (com idades 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 se refere à etnia, 24,8% se declararam branco, 10,2% negro, 25,1% indígena, 30,0% pardos e 9,8% não declararam sua 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% 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 IBGE, 59,9% da amostra pertence à classe baixa.

Material

Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação Escala sobre Otimismo (Barros, 1998; adaptação Mascarenhas, 2010). Repartida numa escala Likert de 5 pontos. 1. Totalmente em desacordo e 5 . Totalmente de acordo. Esta escala é composta por 4 itens.

Procedimento

Os sujeitos participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto.

Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS

Quadro 1

Indicadores de Otimismo de habitantes da Amazônia-Brasil: resultados da pesquisa,

Descrição do item	Média	Desvio Padrão
1 – Encaro o futuro com otimismo	4,26	1,01
2 – Tenho esperança de conseguir o que realmente desejo	4,43	0,90
3- Faço projetos para o futuro e penso que os realizarei	4,29	1,00
4 – Em geral considero-me uma pessoa otimista	4,26	0,97

Fonte: Base de dados pesquisa, LAPESAM, 2013.

DISCUSSÃO

Considerado um comportamento aprendido, o otimismo pode ser compreendido como um fenômeno positivo para a saúde, o bem-estar e consequentemente a felicidade geral das pessoas. O sentimento de otimismo associa-se à esperança, à resiliência, à percepção positiva de auto eficácia, domínio do ambiente dentre outros fenômenos psicológicos que caracterizam o comportamento humano.

Em tempos de luta por garantia de direitos em face às crises do mundo capitalista, habitantes do Amazonas revelam bons indicadores de otimismo o que sinaliza para a resiliência na luta por melhores condições de vida, exercício de direitos da cidadania e inclusão socioeconômica.

REFERÊNCIAS

- Bandeira, M., Bekou, V., Lott, K.S., Teixeira, M.A., & Rocha, S.S. (2002). Validação Transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia*, 7, 251-258. doi.org/10.1590/S1413-294X2002000200006
- Lira, R.S., Mascarenhas, S.A.N., & Silva, A.Q., Caminha, I.S., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Avaliação do otimismo de universitários da Amazônia/Brasil. In *Actas I Congresso Luso Brasileiro de Psicologia da Saúde* (pp. 125-134). Faro: APPS.

- Mascarenhas, S.A.N., Morais, L.M., & Mota, F.G. (2013). Orientação positiva para o futuro-otimismo, bem estar psicossocial e rendimento acadêmico no ensino superior. In S.A.N. Mascarenhas (Coord.), *Determinantes do rendimento e do bem estar psicossocial em contextos educativos formais*. São Paulo: Edições Loyola.
- Oliveira, J.H.B. (2010). *Psicologia positiva – ma nova psicologia*. Porto: LIVPSIC.
- Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1992). Effects of optimistic on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228. doi:org/10.1007/BF01173489

ESQUIZOFRENIA: INTERVENÇÃO FAMILIAR NA REDUÇÃO DA SOBRECARGA E EMOÇÃO EXPRESSA

Lara Pinho, Anabela Pereira e Maria João Martins

Centro Hospitalar Baixo Vouga e Universidade de Aveiro, CIDTFF

Com o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica a responsabilidade dos cuidados no quotidiano dos doentes mentais graves passou a ser da família, na maior parte dos casos sem qualquer preparação. Estima-se que, na comunidade portuguesa, mais de 70% dos doentes mentais graves não estudam nem trabalham e que 9 em cada 10 doentes com esquizofrenia e em idade ativa vivem numa situação de dependência da sua família (Brito, 2006). A família vivencia uma situação de desgaste psíquico devido a vários fatores como: o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova realidade, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade da doença psiquiátrica que podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle, stresse e medo de recaídas e do comportamento do doente durante as crises (Borba, Schwartz & Kantorski, 2008). Neste sentido, vários estudos têm comprovado que a presença de um doente mental na família origina uma avultada sobrecarga para os seus membros (Borba et al., 2008; Brito, 2006; Jungbauer, Wittmund, Dietrich & Angermeyer, 2003).

A sobrecarga é vista na sua dimensão objetiva e/ou subjetiva. A primeira é mais concreta e de maior intensidade estando relacionada com as causas reais que a convivência com a perturbação mental impõe, enquanto a sobrecarga subjetiva é abstrata e refere-se ao universo dos sentimentos (Awad & Voruganti, 2008; Borba et al., 2008; Leal, Sales, Ibañez, Gine & Leal, 2008).

As intervenções de psicoeducação familiar têm-se revelado muito eficazes na prevenção de recaídas e dos reinternamentos, contribuindo para melhorar a recuperação das pessoas com esquizofrenia, e para preservar a saúde física e mental dos membros da família, bem como a qualidade de vida (Falloon, McGill, Boyd & Pederson, 1987; Lehman et al., 2004; Lucksted, McFarlane, Downing & Dixon, 2012; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003).

As intervenções psicoeducativas, no consenso patrocinado pela World Schizophrenia Fellowship, em 1998, contemplam dois objetivos fundamentais: conseguir os melhores resultados clínicos e funcionais para a pessoa com doença mental, através de abordagens que integrem a colaboração entre os profissionais de saúde, famílias e doentes e aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa que cuidam (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Neste sentido, o presente estudo de investigação pretendeu dar o seu contributo para melhor compreender e avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo para familiares de utentes com esquizofrenia usado em contexto hospitalar.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 20 familiares de utentes com esquizofrenia (10 no grupo experimental e 10 no grupo de controlo), cujas características sociodemográficas podem ser visualizadas no quadro 1.

Quadro 1.

Características sociodemográficas da amostra em estudo

Variáveis	Amostra (n= 20)	
	Grupo Experimental (n=10)	Grupo de Controlo (n=10)
Idade	M = 49,9 ; DP = 14,36	M = 49,1 ; DP = 15,31
Min-Máx	18-68	21-69
Género		
Feminino	6 (60%)	10 (100%)
Masculino	4 (40%)	0
Estado Civil		
Casado [n (%)]	6 (60%)	6 (60%)
Divorciado [n (%)]	3 (30%)	3 (30%)
Solteiro	1 (10%)	0
Viúvo [n (%)]	0	1 (10%)
Habilitações Literárias		
1º ciclo (1-4ºano) [n (%)]	2 (20%)	2 (20%)
2º ciclo (5-6º ano) [n (%)]	1 (10%)	2 (20%)
3º ciclo (7-9º ano) [n (%)]	3 (30%)	1 (10%)
Ensino Secundário (10-12º ano) [n (%)]	3 (30%)	4 (40%)
Formação Universitária [n (%)]	1 (10%)	1 (10%)
Situação Profissional		
Empregado [n (%)]	7 (70%)	6 (60%)
Desempregado [n (%)]	2 (20%)	1 (10%)
Aposentado/Reformado [n (%)]	1 (10%)	3 (30%)
Parentesco		
Pai/Mãe	6 (60%)	6 (60%)
Cônjuge	3 (30%)	1 (10%)
Irmãos	1 (10%)	1 (10%)
Outros	0	2 (20%)

Material

O instrumento de avaliação utilizado foi o Questionário de Problemas Familiares (FPQ) desenvolvido pelo Instituto de Saúde Pública de Roma e pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade de Nápoles (Morosini et al., 1991). Foi utilizado a versão portuguesa do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa (Xavier, Pereira, Corrêa & Almeida, 2002). Pretende avaliar a eficácia das intervenções familiares psicoeducativas, sendo constituído por cinco dimensões: sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, apoio recebido de profissionais e/ou rede social, atitudes positivas para com o doente e criticismo. Estruturalmente, trata-se de um instrumento de auto-preenchimento constituído por 29 itens obrigatórios

Procedimento

Foram selecionados de forma aleatória utentes com diagnóstico de esquizofrenia, sem outro diagnóstico psiquiátrico associado e constituída a amostra em estudo, correspondente aos seus familiares (prestadores de cuidados). Foram cumpridos cuidados ao nível da confidencialidade e do anonimato. Antes e depois da intervenção foi utilizado o questionário de problemas familiares (FPQ).

Procedeu-se à implementação do programa de psicoeducação familiar no grupo experimental, que teve a duração de 7 sessões, uma vez por semana, em cada grupo, com a duração de aproximadamente 90 minutos, orientadas por um terapeuta. Esta intervenção decorreu no ano de 2013. O programa de intervenção utilizado foi um programa multifamiliar de orientação cognitivo-comportamental. O grupo de controlo não foi sujeito ao programa psicoeducacional. No estudo de *follow up* foi aplicado novamente o questionário FPQ após 4 meses do início do programa em ambos os grupos (experimental e de controlo).

Devido ao número reduzido da amostra, recorreu-se à utilização de testes não paramétricos. Para a comparação dos resultados obtidos no pré e pós-teste em ambos os grupos, foi utilizado o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas e para a comparação dos resultados do grupo experimental com o de controlo foi utilizado o *Mann-Whitney Test* e o cálculo do tamanho dos efeitos foi realizado através do teste não paramétrico *delta de Cliff*.

RESULTADOS

As análises efetuadas centraram-se no estudo de quatro variáveis do questionário, sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, atitudes positivas e criticismo. Em relação ao momento antes do programa verificou-se que apenas a variável criticismo apresentou diferenças significativas, sendo que no grupo experimental ($M=1,70$; $DP=0,25$) e no grupo de controlo ($M=2,23$; $DP=0,75$). Verifica-se um nível mais elevado de criticismo no grupo de controlo. Relativamente ao momento após o programa verificou-se que apenas as variáveis atitudes positivas e criticismo apresentaram diferenças estatisticamente significativas, sendo que na variável atitudes positivas no grupo experimental ($M=2,73$; $DP=0,47$) e no grupo de controlo ($M=2,08$; $DP=0,52$) e na variável criticismo no grupo experimental ($M=1,27$; $DP=0,34$) e no grupo de controlo ($M=2,08$; $DP=0,54$). Verifica-se um nível mais baixo de atitudes positivas e mais elevado de criticismo no grupo de controlo. O grupo de controlo, não sujeito ao programa psicoeducacional, não apresentou diferenças estatisticamente significativas no pré e pós teste.

DISCUSSÃO

Com este estudo de investigação pretendeu-se avaliar o impacto da esquizofrenia na família e a eficácia da aplicação de um programa psicoeducacional na sobrecarga familiar e na emoção expressa.

Em relação à comparação de ambos os grupos antes da aplicação do programa, verificou-se que estes são semelhantes nos fatores sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva e atitudes positivas, verificando-se diferenças estatisticamente significativas apenas no fator criticismo. Este fator é menor no grupo experimental do que no grupo de controlo. Analisando estes resultados verificamos que existe uma sobrecarga objetiva e subjetiva elevada na amostra em estudo. Os valores da média nestas variáveis são superiores ao estudo realizado por Xavier *et al.* (2002), o que nos indica uma maior sobrecarga nos familiares da amostra do presente estudo de investigação. Estes resultados vão de encontro ao esperado, uma vez que vários estudos têm comprovado que a presença de um doente mental na família origina uma

avultada sobrecarga para os seus membros (Borba et al., 2008; Brito, 2006; Jungbauer, Wittmund, Dietrich & Angermeyer, 2003).

Após a aplicação do programa, entre os grupos, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas no fator atitudes positivas e que se mantém diferenças significativas em relação ao fator criticismo. Embora antes da aplicação do programa esta diferença entre os dois grupos, no fator criticismo, já existisse e já fosse menor no grupo experimental, o tamanho do efeito aumentou verificando-se uma diminuição do Δ , de -0,43 para -0,51, passando de um tamanho pequeno a médio para médio a grande. Estes resultados parecem indicar que existiram diferenças possivelmente potenciadas pelo programa implementado, uma vez que os sujeitos de ambos os grupos mantiveram todas as intervenções adicionais estáveis e a única alteração foi a participação (ou não participação) no programa.

Na comparação do grupo experimental antes e após o programa, apesar do tamanho reduzido da amostra, conseguiram-se verificar melhorias estatisticamente significativas tanto na diminuição da sobrecarga familiar (objetiva e subjetiva) como na diminuição do criticismo. No grupo de controlo não obtivemos diferenças significativas no pré e pós teste.

Através da análise dos resultados, o programa parece ter conseguido diminuir a sobrecarga familiar e a emoção expressa, o que vai de encontro ao referido por diversos autores em relação à importância da psicoeducação familiar na redução da emoção expressa e sobrecarga familiar (Yacubian & Neto, 2001). Estudos recentes semelhantes, como os de Sharif, Shaygan & Mani (2012), Nasr e Kausar (2009), Leal et al. (2008), Cheng e Chan (2005), Berglund, Vahlne e Edman (2003) e Penn e Mueser (1996), encontraram resultados idênticos relativamente à redução da sobrecarga familiar com a aplicação de um programa psicoeducacional a familiares de utentes com esquizofrenia. O estudo de Berglund, et al. (2003) revelou ainda um aumento das atitudes positivas dos familiares após o programa psicoeducacional relativamente ao familiar com esquizofrenia.

Como conclusão final, salientamos que a psicoeducação familiar é importante na reabilitação dos utentes com esquizofrenia, uma vez que como nos indicam McFarlane et al. (1995, 2003) e Ffammer, Andres e Brenner (2012), os conhecimentos recentes acerca dos mecanismos etiológicos da esquizofrenia mostram que, não só o tratamento, mas também o ambiente em que o doente vive e o tipo de estimulação que recebe, são determinantes na forma como a doença evolui e no nível de recuperação social que é atingido.

Parece-nos crucial que as famílias façam parte integrante do processo de reabilitação do utente com esquizofrenia, devendo ser consideradas como uma peça fundamental deste puzzle incontornável que compõe esta perturbação mental grave. Questões como “Qual o destino dos utentes com esquizofrenia quando não tiverem família?” deverão ser colocadas na agenda do sistema nacional de saúde.

REFERÊNCIAS

- Awad, A. G. & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162. doi:org/10.2165/00019053-200826020-00005
- Berglund, N., Vahlne, J. O., & Edman, A. (2003). Family intervention in schizophrenia - Impact on family burden and attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 116–121. Doi:10.1007/s00127-003-0615-6
- Borba, L.O., Schwartz, E., & Kantorski, L.P. (2008). A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21, 588-594.

- Brito, M. L. S. (2006). Intervenções psicoeducativas para famílias de pessoas com esquizofrenia: Revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 5, 15-24.
- Cheng, L. Y., & Chan, S. (2005). Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. *Western journal of nursing research*, 27, 583-599. doi:org/10.1177/0193945905275938
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 1-8.
- Hervás, M. D. C. (2008). Rehabilitación y psicoeducación en la esquizofrenia. In A. C. Moreno. *Las esquizofrenias – sus hechos y valores clínicos y terapéuticos* (pp.123-150). Barcelona: Elsevier Masson.
- Jungbauer, J., Wittmund, B., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 17, 126-134. doi:org/10.1016/S0883-9417(03)00056-6
- Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J., & Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa Psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 6, 63-69.
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 161, 1-56.
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D. & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 101-121. doi:org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and Family Therapy*, 29, 223-245. doi:org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x
- Morosini, P., Roncone, R., Veltro, F., Palomba, U., & Casacchia, M. (1991). Routine Assessment tool in psychiatry: A case of questionnaire of family attitudes and burden. *Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1, 95-101.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8, 17. doi:org/10.1186/1744-859X-8-17
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 153, 607-617.
- Pfammatter, M., Andres, K. & Brenner, H. (2012) *Manual de Psicoeducação e Gestão da Doença na esquizofrenia*. Edição Encontrar-se.
- Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12, 48. doi:org/10.1186/1471-244X-12-48
- Xavier, M., Pereira, M. G., Corrêa, B. B., & Almeida, J. M. C. D. (2002). Questionário de problemas familiares: desenvolvimento da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de sobrecarga familiar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 165-177.
- Yacubian, J., & Neto, F. L. (2001). Psicoeducação Familiar. *Fam. Saúde Desenvolv*, 3, 98-108.

O CUIDADOR FAMILIAR DE PACIENTE PSIQUIÁTRICO: SUAS DORES

Creudênia Santos[✉] 1, Maria Eulálio 1 e Priscila Barros 2

1-Departamento de Psicologia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil; 2- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Após duas décadas de ditadura, os anos 80 são marcados por transformações significativas no que concerne ao livre acesso da população a assistência à saúde, com importantes mudanças conceituais e funcionais ocorrendo também na saúde mental e na psiquiatria. A partir dessa década iniciaram-se importantes discussões na assistência psiquiátrica no Brasil. Mais precisamente, há cerca de 26 anos, com o aparecimento do movimento de luta antimanicomial, dentre outros acontecimentos que marcaram o debate do quadro geral da saúde no país.

Nesse contexto de mudanças, a Reforma Psiquiátrica salientou-se por não considerar apenas o sofrimento humano como o objeto simples da doença mental; por desconstruir paradigmas fundantes da psiquiatria, saúde/doença e normal/patológico; por romper com a visão biológica reducionista da racionalidade psiquiátrica. Portanto, a Reforma psiquiátrica propõe-se a criar uma nova maneira de olhar, de escutar, de cuidar, através do diálogo entre as diferentes e diversas disciplinas que cuidam do sofrimento humano; propõe que o homem esteja no centro e não a bioquímica dos neurotransmissores (Yasui, 2010).

A Reforma psiquiátrica estabelece uma ruptura radical com o modelo asilar, construindo um novo paradigma científico, ético e político. Essa mudança de paradigma difere completamente do modelo hospitalocêntrico e institui um novo estatuto social para o doente psíquico: o de cidadão com direitos e garantias como os demais cidadãos brasileiros, direitos estes estabelecidos pela lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2004). Mudanças expressivas marcaram a assistência em saúde mental, com políticas públicas voltadas para acompanhar o doente psiquiátrico em ambientes comunitários, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS). Substitutivos ao hospital psiquiátrico, que oferecem tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e/ou persistentes. O atendimento busca a inserção e a reabilitação psicossocial dos usuários, em ambiente humanizado, que priorize o respeito, a dignidade e a cidadania (Brasil, 2004).

As transformações nas perspectivas das políticas públicas de saúde mental têm propiciado maiores possibilidades de manutenção do paciente junto da sua família. Segundo Melman (2006), as famílias viram-se estimuladas e pressionadas a assumirem a responsabilidade de seus membros doentes e de tê-los de volta aos seus cuidados.

✉-Creudênia de Freitas Santos, Rua 25 de Abril, 27, 1º Dtº - 2845-389, Paivas, Amora, Portugal, mail: creudeniam@hotmail.com; creudeniam@gmail.com

A mudança de cultura e de atitude perante a doença mental responsabiliza a família na prestação de cuidados ao doente psíquico, tal fato provoca muitas dificuldades, convocando a família a procurar apoios técnicos, como educação, (in)formações, treino e suporte emocional, político e instrumental. Tendo em vista o papel importante que a família assume no cuidado e apoio ao paciente, constatou-se nos últimos anos, o interesse de pesquisadores em estudar a sobrecarga e o impacto emocional negativo que pode afetar a qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes psiquiátricos (Bandeira & Barroso, 2005; Saraiva, 2011).

De acordo com Boff (1999) é através do cuidar que identificamos princípios, valores e atitudes fundamentais ao humano, no sentido de ser realmente humano, o que rege a criatividade, a liberdade e a inteligência; constrói um ser consciente, livre e responsável.

Considerando que a partir do ato de cuidar nasce a solidariedade, a fraternidade, a sensibilidade, a complexidade humana, as relações interpessoais, enfim, o amor por si mesmo e o amor ao próximo. Então cuidar de uma pessoa doente psíquica, além de ser um ato de satisfação para quem realiza o cuidado também pode representar para o cuidador, perdas significativas à nível social, econômico, físico, emocional e espiritual, conforme o grau de dependência do doente. Desta forma, este estudo teve como objetivo compreender como o cuidador familiar representa o cuidar de um doente psíquico.

MÉTODO

O presente estudo é descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Os dados objetivos foram analisados segundo estatística descritiva e os dados subjetivos foram agrupados e categorizados a luz da análise temática de conteúdo (Bardin, 1977).

Participantes

Participaram do estudo 16 pessoas de ambos os sexos, que possuem vínculo familiar com pacientes atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial Integração (CAPS I), de um Município do Estado da Paraíba. Para a composição da amostra não foram considerados apenas os vínculos de consaguineidade, porém só foram incluídos à pesquisa os participantes que possuíam vínculo equivalente ao familiar, cujos parentes fossem domiciliados no Município de Queimadas – PB, Brasil e atendidos pelo CAPS.

Foram entrevistados dezasseis cuidadores de doentes psíquicos que atendiam aos critérios pré-estabelecidos. Conforme a caracterização sociodemográfica dos cuidadores, verificamos que, a idade dos dezasseis participantes da pesquisa variou entre 33 e 81 anos, com a média de idade de 56,63 anos ($DP = 12,6$). Esse dado aponta a heterogeneidade da amostra, uma vez que compreende tanto cuidadores no início da vida adulta como idosos. Observa-se a alta predominância do sexo feminino na amostra pesquisada (75%). A pesquisa é basicamente composta (81,3%) por cuidadores casados e todos têm, pelo menos, um filho. A maioria dos cuidadores (68,8%) são pais e mães que assumiram a função de cuidadores dos seus filhos com transtornos psíquicos. Porém, convém destacar que as mães cuidadoras correspondem à metade dos participantes. É considerável a proporção de cuidadores que dividem a residência com quatro ou mais pessoas. Apesar da existência de cônjuges, familiares ou terceiros, convivendo com o cuidador, apenas um participante da amostra divide as funções de cuidador com outra pessoa (neste caso, um profissional não especializado). Metade da amostra é composta por aposentados e donas de casa. A baixa escolaridade dos cuidadores pesquisados (56,3% não concluíram o Ensino Fundamental) está diretamente relacionada com o seu tipo de ocupação profissional (apenas 25% são carteira assinada)

Todos os participantes da amostra dizem-se religiosos, sendo a maioria católica (62,5%) e praticante (73,4%). O índice de cuidadores com casa própria é elevado (87,5%) e, na maioria dos casos (60%), a casa pertence ao próprio cuidador.

Material

O questionário sociodemográfico permite recolher questões referentes ao perfil sócio-demográfico dos atores sociais em questão, como o contexto familiar, sócio económico, profissional e de saúde, são pesquisados dados relativos à idade, nível de escolaridade e situação laboral dos participantes, composição e estrutura familiar.

A entrevista semi-estruturada, foi adaptada a partir do instrumento utilizado por Gaudêncio (2005), para avaliar a *"Representação social do cuidar entre familiares de idosos portadores de demência"*. A entrevista é composta por questões subjetivas e abertas sobre o tema estudado.

Procedimento

O estudo se adequou às normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996 (Brasil, 1996), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, por meio do parecer CAAE 0638.0.133.000-10. Todos os participantes foram contactados previamente, as entrevistas foram realizadas em seus domicílios e com o consentimento dos entrevistados foram gravadas, após as informações dos objetivos da pesquisa, todos aceitaram participar livremente mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. De acordo com os preceitos éticos a identificação dos participantes da pesquisa foi preservada, aparecendo após os recortes de suas falas a letra C (de cuidador) seguida do número do protocolo de coleta de dados e da idade. Ainda nos discursos dos entrevistados, onde consta citação de nomes de filhos foram usados nomes fictícios.

RESULTADOS

Como o cuidador representa o cuidar de um familiar doente psíquico

O estudo aponta quatro categorias relevantes para percebermos como o cuidador representa o cuidar de um familiar doente psíquico. Os entrevistados manifestam muita emoção ao expressarem seus pensamentos. Os resultados permitiram-nos perceber, através da experiência do cuidar, os temores e as preocupações com o futuro que perturbam o seu quotidiano; as virtudes que pensam possuir para desempenhar essa tarefa e o instrumento de cuidados (CAPS) pelo qual se sentem apoiados. Identificámos as seguintes categoria: *medo; preocupação com o futuro; características para ser um bom cuidador e CAPS como instrumento de apoio.*

Medo-Os cuidadores entrevistados apresentam-se apreensivos no que se refere às perspectivas de futuro, não conseguem desejar além do presente, não esperam muito da vida, sendo que o que mais os angustia é a proximidade com a própria morte. Como consta no perfil da amostra parte dos entrevistados são idosos, mas mesmo os cuidadores mais jovens exteriorizam incertezas e receios quanto ao futuro, a grande preocupação dos entrevistados, diz respeito ao bem-estar do familiar doente psíquico, caso o cuidador venha a ficar impossibilitado de responder às necessidades do paciente, devido a alguma doença ou vir a morrer. Para os cuidadores mais idosos a morte parece ser mais iminente, o medo torna-se uma constante manifestada na forma como explicitam os seus sentimentos, evidenciados de modo claro na forma como o verbalizam:

Para o futuro, eu estou tão desacreditada, que eu não estou nem pensando mais nada e eu tenho muito medo do futuro, eu não sinto segurança nenhuma, porque olhe, a idade vai chegando, aí eu tenho muito medo do futuro, esperar o que? Doença somente, eu penso assim, eu estou falando o que eu sinto. Eu tenho medo, muito medo, eu não penso nada, eu tenho é medo”. (C. 8, 44 anos)

Penso assim, falar a verdade é bom, quando eu morrer quem vai cuidar dessa pobre, eu imagino assim, aí me dá vontade de chorar, não sei quem vai logo, se é ela ou se é eu, que eu só vivo cheia de dor, faz muito tempo que eu vivo desse jeito. (C. 9, 81 anos)

Cada dia que vai se passando eu peço conforto a Deus pra viver muitos anos, para tomar conta delas, quando eu morrer o que será delas, é só o que eu penso na minha vida, o futuro velho não tem. (C. 2, 74 anos)

Eu só penso uma coisa, é no dia que eu não puder mais cuidar dele (voz chorosa), só o que eu lamento, não gosto de falar disso não (pausa), porque no dia que eu não puder mais cuidar dele eu não sei como é que vai ficar. (C. 13, 63 anos)

Portanto, o medo referido nesta categoria está relacionado com o medo que o familiar cuidador sente ao perceber a proximidade da morte, sobretudo no caso dos mais idosos, e por não saberem como e com quem ficará a pessoa que é alvo dos seus cuidados. Preocupa-se com o bem estar físico e emocional do parente e interroga-se quanto ao futuro tutor, designadamente, se este terá o mesmo zelo e dedicação que ele tem.

Preocupação com o futuro - As questões relacionadas com o medo de morrer e o futuro incerto do paciente, decorrente da ausência física do cuidador, faz com que este reflita sobre a forma de como encontrar uma solução para o problema que o aflinge. Quem cuidará do filho doente psíquico? Pensando em organizar o futuro do paciente, o cuidador procura, tem dúvidas, faz escolhas. Nesta triagem pensa na família, mas cisma ao considerar que o parente próximo pode não ser um bom cuidador, não sente segurança na família, porém releva, ao pensar que o serviço de saúde mental (CAPS) vigiará o familiar responsável, fato que o leva a concluir que, por essa via, o paciente estará protegido.

Se a pessoa morre! Aí fica no nome da família e eu sei lá como a família vai se comportar, como é que vai fazer, já são outros que vão policiar a família, como é que deve agir, por isso eu digo para os meninos, vamos para o CAPS. (C. 15, 56 anos)

O parente escolhido dependerá também da empatia que o paciente tenha com ele, isto é levado em consideração quando da escolha. O cuidador tenta avaliar, por meio de conversas com membros da família para perceber quem estará apto a assumir a responsabilidade de cuidar. Nesta busca ele aconselha, sugere e até convida a família a ir ao CAPS, para aprender a lidar com o paciente.

Uma pessoa para tomar conta dele, é o que eu mais desejo, penso na irmã mais velha dele, mas ele não gosta do marido dela. (C. 16, 79 anos)

Eu estava falando isso lá com minhas filhas, as que casaram, (...) eu não sei até quando eu chego, posso até demorar mais nesse mundo, mas vocês estão vendo, faça como eu faço, tenham calma, tenham paciência, mesmo que ele erre, ele não está errando porque quer, ele está errando por inocência. (C. 13, 63 anos)

O Ministério Público e o CAPS são vistos pelo cuidador como aliados na busca por um tutor, pois existe uma confiança nestas instituições, não só no sentido de conseguir ajuda, como em acreditar que o paciente estará protegido quando o cuidador já não puder estar presente.

Tem que falar com o promotor, com vocês do CAPS para ver o que vai fazer, que eu já estou velho, para ver o que vai fazer para ele ficar interditado com outra pessoa, para tomar conta do dinheiro dele e cuidar dele. (C. 16, 79 anos)

Em alguns casos a pessoa escolhida não sabe que será a tutora, o cuidador entende que aquele parente é o mais indicado para cuidar do doente psíquico, porém não o informa do assunto, acredita que quando chegar o momento será aquela pessoa que assumirá o compromisso com o doente psíquico. A preocupação em quem cuidará não é algo apenas dos idosos, o cuidador jovem também pensa e faz a escolha acerca de quem poderá vir a ser responsável pelo paciente psíquico, é algo inerente ao cuidador familiar (como pai e mãe) e que se vê no papel de único responsável pela vida do filho.

Eu guardo pra mim, eu imagino Joana, se eu morrer, como diz a história, que a gente não sabe a hora que vai, Joana, minha filha que mora perto daqui é quem vai tomar conta da irmã... fico calada, não converso isso com ninguém, só fica para eu mesma. (C. 9, 81 anos)

eu já pedi a minha irmã e ao marido, se eu morrer que eles tomem conta de Pedro (filho mais velho), porque José (filho mais novo) é muito apaixonado pela família do pai e eu já pedi a família do pai para tomar conta de José para mim. (C. 8, 44 anos)

Características para ser um bom cuidador- À medida que o cuidador faz escolhas de quem o substituirá, tem igualmente, dificuldade em acreditar que alguém possa fazer seu trabalho, pois ver-se mais forte do que as outras pessoas, capaz de fazer tudo, até mesmo de realizar o impossível pelo paciente. Ao mesmo tempo em que assume que a sua função não pode ser executada por qualquer ser humano, porém não deixa de discorrer sobre os caminhos que um bom cuidador deve trilhar. Ser cuidador implica ter atributos subjetivos, tipo: paciência, boa vontade, força, responsabilidade, compromisso e fé em Deus, pois sem estas características não é possível resistir e suportar a função, passando de cuidador a paciente.

Eu fiz o possível e impossível por ele. (C. 5, 66 anos)

Não é qualquer ser humano que cuida de uma pessoa que não é saudável, que tem distúrbio mental. (C. 12, 54 anos).

Que tenha muita paciência, que peça muita força à Deus, porque é difícil, é muito difícil se você não tiver pulso firme, se você não for forte, não buscar força com Deus, você não consegue e acaba caindo na mesma doença também, porque é difícil, é muito difícil você lutar com pessoa que tem problema mental. (C. 3, 33 anos).

CAPS como instrumento de apoio -O CAPS, serviço comunitário de saúde mental, é verbalizado pelos entrevistados como um espaço de aprendizagem. O cuidador familiar sente-se acolhido pelo serviço, encontra neste espaço abertura para falar de si, dos seus temores e de suas dores, dividi com os outros familiares as suas angústias, nesta troca de sentimentos, sentem-se aliviados e apoiados pelo serviço, uma vez que estas instituições dispõem de grupos vocacionados para prestar apoio e orientação à família. Cabe salientar, que estes grupos, usualmente chamados de grupos de família, são espaços de

partilha de medos e angústias. Porém seu direcionamento está voltado a orientar o cuidador a conhecer melhor o transtorno mental, para este saber como lidar com as necessidades do paciente.

A experiência que eu já tive no CAPS, aprendi muita coisa, porque cada dia a gente aprende com eles, isso pra mim eu já tiro de letra. (C. 8, 44 anos)

Por enquanto estou ainda me dominando, sabe que a gente tem o domínio próprio, o que não pode perder é a razão... qualquer coisa que apertar demais vai no CAPS conta a situação, sempre se levanta um para ajudar, não me sinto só não, mesmo dependendo da família, ainda tem o CAPS, tem ajudado muito. (C. 15, 56 anos)

Quando eu vou pra reunião da família no CAPS, eu falo para a psicóloga que faz o trabalho, eu tô aqui minha filha, acho que pior do que João (risos) (...) Alivia, quando eu saio do CAPS parece que saio outra pessoa, sabe? Porque eu desabafo, alias a gente tudo que participa daquele grupo de família a gente desabafa, a gente fala o que a gente está sentindo e ali a gente recebe um acolhimento muito bom. (C. 4, 51 anos)

Além do CAPS, os parentes e amigos constituem fonte de apoio e suporte, no que concerne ao alívio das tensões. Alguns entrevistados relataram sentirem-se aliviados em momentos que dividem suas experiências com pessoas pelas quais não são íntimas ou até com estranhos. Para eles falar de si e da própria vivência, significa desabafar e ao mesmo tempo pressupõem ajudar quem ouve.

Falo com todo mundo, o pessoal da família, de fora, porque ele está assim, eu sempre divido com os outros, agora o pessoal dá conselho a mim também... (C. 16, 79 anos)

Meus sentimentos eu sempre converso, mais eu converso muito assim com estranhos... alguém começa a desabafar comigo, eu vejo que parece um amparo aí começa a desabafar, aí depois eu digo minha filha agora deixe eu contar minha vida, eu gosto muito de desabafar. (C. 8, 44 anos)

DISCUSSÃO

Os resultados sociodemográficos apontam a heterogeneidade da amostra quanto à idade, ao constatar adultos jovens e idosos na mesma proporção. Outras pesquisas apresentam grupos majoritários de idosos como cuidador familiar, alguns atribuem esta situação ao envelhecimento demográfico da população, este dado é referido como um fator agravante relacionado com a sobrecarga dos cuidadores, pois com o avanço da idade o cuidador tende a sentir mais desgaste físico, decorrente de esforços (Ricarte, 2009; Santos, 2005; Yamashita, Amedola, Alvarenga & Oliveira, 2010). No caso específico desta pesquisa podemos não ter constatado essa diferença pelo fato da amostra ter um número reduzido de participantes.

A prevalência de mulheres entre os cuidadores é algo presente em outras pesquisas da mesma natureza (Silva, Lippi & Pinto, 2008; Yamashita et al, 2010). Os resultados do presente estudo confirmaram essa tendência. De entre as possíveis razões estão a longevidade feminina; as normas culturais e sociais, que consideram a mulher destinada a cuidar da casa e da família - o cuidar do outro é visto como mais uma função feminina - e a pouca acessibilidade dos homens às pesquisas (Floriani, 2004; Silva, 1998).

A maioria dos cuidadores entrevistados eram pais e mães que assumiram a função de cuidadores dos seus filhos doentes psíquicos, porém as mães correspondem a metade dos participantes, este dado confirma a literatura existente sobre esta matéria, a qual indica as mães como as principais cuidadoras dos filhos doentes psíquicos (Barroso, Bandeira, & Nascimento, 2007). Grande parte dos cuidadores é casada, este dado encontra consistência em outros estudos (Barroso et al, 2007; Ricarte, 2009; Santos, 2005).

Constatamos ainda a baixa escolaridade dos entrevistados, a maioria não concluiu o ensino fundamental, dado que pode estar relacionado com o tipo de ocupação profissional, pois verificamos que metade da amostra foi composta por aposentados e donas de casa. A associação entre o nível de escolaridade e a ocupação profissional está de acordo com outros estudos (Ricarte, 2009; Santos, 2005). A crença religiosa predominante foi a religião católica, informação confirmada em estudo da área. Na mesma literatura, verificamos que a maioria dos cuidadores possui casa própria, prevalência encontrada também na presente pesquisa (Barroso, 2006).

De acordo com Melman (2006), muitos estudos sobre a sobrecarga familiar vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos, este interesse surge para investigar os encargos econômicos, físicos e emocionais produzidos pelo impacto gerado na família pela presença de uma pessoa com transtorno mental. A convivência com o paciente psiquiátrico representa para os membros da família um peso material, subjetivo, organizativo e social.

No que diz respeito às repercussões do cuidar, vale salientar dois níveis de sobrecarga: as objetivas, que são os cuidados práticos, referentes às demandas concretas do paciente e as subjetivas, resultantes das primeiras, as quais representam as questões emocionais, que são menos perceptíveis, pois expressam-se através de *stress* ou sofrimento (Ricarte, 2009). Sabendo que a função da família é a de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles, esta está diretamente ligada à sobrecarga objetiva e subjetiva (Melman, 2006). O estudo ora apresentado, visou compreender como o familiar cuidador representa o cuidar, encontrando resultados que se relacionam mais significativamente com a sobrecarga subjetiva, assim como verificamos, também, estratégias de enfrentamento que são usadas na diminuição dessa sobrecarga.

Analisando os discursos percebemos uma grande ênfase no sentimento medo, sobretudo nos pais idosos que cuidam de filhos com transtornos mentais, conforme a idade avança a situação torna-se mais comovente, pois passam a vivenciar mais angústia e ansiedade diante da possibilidade da própria morte, visto que, julgam ser o filho doente completamente dependente dos seus cuidados e incapaz de assumir responsabilidades, que atendam às suas necessidades básicas e sociais. Logo, os pais percebem que seus filhos ficarão completamente desamparados na sua ausência física. Outra questão relacionada e que causa grande aflição para alguns pais cuidadores é a de não possuírem uma estratégia que assegure condições mínimas de vida para o familiar doente. As pesquisas na área confirmam essa predisposição do cuidador familiar em sentir medo de adoecer ou de vir a morrer e de não conseguir prestar o apoio que o parente precisa (Baptista, 2011; Barroso et al., 2007; Saraiva, 2011).

Cuidar de um familiar com transtorno mental, inicialmente, obriga os cuidadores a refazerem seus projetos de vida. Com o passar dos anos e o avanço da idade, além da fragilidade e limitação física, imposta pelo processo de envelhecimento, o cuidador é tomado por grande angústia, gerada pelas incertezas que cercam o destino do filho. De acordo com o depoimento dos entrevistados, fica evidente a preocupação dos participantes com o futuro do paciente, fator que alcança mais vigor a partir da consciência da proximidade da própria morte. A percepção de que pode em algum

momento faltar na vida do filho, faz com que o cuidador busque junto da família quem poderá desempenhar a responsabilidade de zelar pela vida do doente psíquico. Outros autores que investigaram a relação entre o familiar e o doente objeto de cuidado no contexto da saúde mental identificaram em seus estudos a preocupação do cuidador com o futuro do seu ente querido, preocupação esta, sentida constantemente à medida que a idade avança. Fato que o leva a procurar atenuar o desassossego com a procura de quem irá assumir, por si, os cuidados de que o seu dependente carece (Goes, 2007; Navarini & Hirdes, 2008; Santin & Klafke, 2011).

Em seu estudo, Albuquerque (2010), constata que os pais possuem um grau maior de preocupação comparado a outros cuidadores, isso se deve ao fato de os pais não acreditarem que outros membros da família possam em algum momento assumir a função de cuidador do paciente. Portanto, os resultados da presente pesquisa corroboram com os achados da literatura, destacando como intensa a preocupação de pais cuidadores, em relação ao futuro do filho, por eles julgarem não haver na família uma pessoa a quem possa confiar a vida do ser que amam.

O dado anterior sobre a preocupação maior com o futuro do paciente ser algo mais evidente em pais cuidadores justifica termos percebido no estudo que a preocupação com o futuro não é algo apenas de pessoas idosas, mas presente também em adultos jovens, o que nos leva a considerar que os pais, independentemente da idade, temem a não continuidade da vida e a falta que farão na vida dos filhos, julgando serem únicos responsáveis pelo cuidado, logo se compreende o grau de parentesco como uma relação de afetividade intensa. Ao analisar o discurso de mães cuidadoras, Goes (2007) percebe igualmente a valorização do cuidado a partir da afetividade, desligado de questões sócio-culturais.

Nas entrevistas alguns participantes apresentaram até aquele momento, dúvidas na escolha do filho que cuidará do paciente, mas expressam uma ideia de quem possa ser; enquanto outros revelaram suas preferências. Porém, em alguns casos o filho preferido não sabe que será o cuidador depois da morte dos pais. Em relação ao tema ainda é preciso mais estudos que investiguem a expectativa desses familiares, acerca da tarefa de assumirem a função de cuidador como a desempenhada pelos pais e de se tornarem no futuro os responsáveis por esta função. Por meio dessas informações seria possível entender a sobrecarga sentida pelos pais, decorrente dessa preocupação e entender melhor os sentimentos que envolvem os futuros cuidadores na aceitação deste compromisso. Em sua pesquisa Albuquerque (2010), também sugere que este tema seja mais aprofundado.

Encontrar uma pessoa que cuide do doente psíquico na ausência física do cuidador familiar, pode significar alívio para o peso que a preocupação com o futuro acarreta, dessa forma, podemos conceber que os recursos utilizados para a adaptação a situações problemáticas são consideradas como estratégias de enfrentamento. Na literatura uma estratégia de enfrentamento que pode ser usada pelo cuidador para lidar com a sobrecarga por ele sentida, chama-se coping, que são recursos "utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de stress e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais" (Lazarus & Folkman, 1984, como referido em Antoniazzi, Dell'Aglia & Bandeira 1998, p. 276).

Segundo Ricarte (2009) existem quatro razões que levam alguém a querer cuidar de outrem, para ele são múltiplas e diferentes as considerações levadas em conta para tornar-se um cuidador. *O amor*; *a gratidão* (noção de dever; dever ou pressão social; modelo da família tradicional); *a moralidade* (expectativas sociais; dever moral; reciprocidade); *a solidariedade conjugal* (laços filiais e laços familiares) *e a vontade*

própria em promover cuidados a alguém. Os familiares entrevistados acreditam que ser cuidador é um ato que requer muita doação. Sinalizam também que enquanto conseguem executar da melhor forma possível as suas funções, vão suportando tudo sem se preocuparem consigo mesmos. A forma pela qual os participantes nas entrevistas caracterizaram um bom cuidador, ao apontarem atributos subjetivos como os vistos na citação anterior, legítima o estudo. A religião também foi mencionada pelos entrevistados como fonte de motivação para ser um cuidador. De acordo com (Silva & Moreno, 2004) a religião assume um importante papel de apoio social, pois ajuda o cuidador a conseguir estabilidade, à medida que ameniza a dor e o sofrimento e diminui a depressão e a ansiedade, auxiliando-o no enfrentamento das adversidades.

Então, ao mencionarem as qualidades necessárias para ser um bom cuidador os entrevistados manifestam sentimentos positivos de gratificação, de dever cumprido e de bem-estar pessoal, apresentam ao mesmo tempo necessidades de apoio. O serviço de saúde mental (CAPS) surge como um dos espaços citados pelos cuidadores familiares, onde encontram suporte emocional e acolhimento para suas angústias, nas suas verbalizações expressam ser o CAPS um lugar de aprendizagem, onde se pode buscar ajuda e falar o que se sente.

Em um estudo sobre a concepção de familiares de paciente psiquiátrico sobre os cuidados oferecidos no CAPS, foi constatado que a participação no Grupo de Família tem favorecido a construção de laços afetivos, fortalecido pelas relações de reciprocidade existente no grupo, pois a partir das trocas de vivências são construídas estratégias de enfrentamento, o que vem gerar nas famílias assistidas um melhor convívio no lar (Andrade et al., 2013). Outro estudo menciona que partilhar angústias e experiências com outros cuidadores familiares é uma forma de centrar-se nos aspectos positivos do cuidar (Saraiva, 2011). Os estudos citados confirmam os resultados observados na presente pesquisa, visto que, o familiar cuidador ao indicar o CAPS como um lugar de acolhimento, de suporte emocional, está falando especificamente, do Grupo de Família, já que são estes grupos que oferecem espaço de fala no serviço. Os cuidadores também demonstram em seus discursos o quanto a função de cuidar representa crescimento pessoal e ao dividirem o que sentem com outras pessoas, sejam elas cuidadoras ou não, além de representar um alívio, significa ainda uma forma de partilhar experiências.

A família, particularmente marido e filho, e os amigos também são mencionados pelo cuidador como fontes de apoio, não apenas em termos práticos como a nível emocional. Pegoraro & Caldana (2006), perceberam em sua pesquisa a grande importância que as entrevistadas atribuíram à figura do marido, pelo fato de sentirem que a presença do companheiro proporciona o compartilhamento dos sofrimentos vividos.

Em seu estudo Barroso (2006), observou que o cuidador familiar utiliza estratégias de enfrentamento para lidar com a doença mental em sua família, sendo que, as três principais estratégias de enfrentamento são: rezar, conversar sobre o paciente com outros familiares e com amigos. Logo, o estudo mencionado ratifica os resultados desta pesquisa, pois observamos nos discursos dos familiares a menção da religiosidade como forma de suportar as adversidades e o diálogo com familiares e amigos, sobre sua vivência com o parente cuidado, como um meio de aliviar suas tensões.

Da mesma forma que é importante individualizar os serviços prestados ao doente psíquico, como tal é imprescindível singularizar os apoios ao cuidador, de acordo com aspectos ligados em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida. É preciso construir mecanismos de apoio mais comprometidos com a participação e a integração da família, de modo a ser o próprio cuidador familiar a indicar como percebe

a qualidade dos serviços prestados ao doente e os reflexos que os mesmos assumem na sua qualidade de vida. Não são necessárias apenas políticas de cuidados voltadas para as questões práticas (objetiva). As redes de apoio que evidenciam-se no emocional (subjativa) do cuidar, também são de grande importância no contexto da saúde mental. Então, para que a ação do cuidar seja equilibrada para o familiar e o doente psíquico, os cuidados objetivos e subjetivos devem coexistir e interligar-se (Saraiva, 2011; Tomasi et al., 2010).

De acordo com Trindade (2007), para existir uma possibilidade de relacionamento entre profissionais de saúde mental e cuidadores familiares e, conseqüentemente, haver uma construção conjunta de possibilidades terapêuticas, é preciso ultrapassar dois grandes desafios no campo da saúde mental: compreender a família em seu contexto cultural, considerando sua especificidade e a sua diversidade e; assisti-la de acordo com esses contextos, respeitando a dinâmica própria de cada uma.

Concluimos, que a família no processo de tratamento do paciente, tende a ser uma parceira a mais da equipe de saúde mental, pois ela pode sinalizar quando os instrumentos de apoio são ou não eficazes. Por isso, planejar um cuidado digno e justo, que reflita a qualidade de vida da família, requer conhecer a sua estrutura profundamente, analisando sua rede social, sua percepção cognitiva, sua cultura, suas crenças e valores e sua situação socioeconômica. Só assim será possível entender comportamentos julgados muitas vezes pelos profissionais como inapropriados, o que ocasiona distanciamento ou até mesmo rupturas entre familiar e equipe. Conceber uma relação de cooperação positiva é possível, sem vitimização ou culpabilidade da família, para isso os profissionais de saúde mental deverão encarar a família com outros olhos, acolhendo as suas especificidades.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, E. P. T. (2010). *Sobrecarga de familiares de paciente psiquiátricos: Estudo de diferentes tipos de cuidadores*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São João del-Rei - São João). Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradosicologia/2010/Dissertacoes/DissertacaoELLEN.pdf>
- Andrade, J. M. O., Silva, P. M. C., Azevedo, E. B., Cordeiro, R. C., Andrade, R. B., & Filha, M. O. F. (2013). Concepções dos familiares de usuários acerca do cuidado oferecido em Centro de Atenção Psicossocial. *Cogitare Enfermagem*, 18, 156-162. doi:org/10.5380%2F2176-91332013181
- Antoniazzi, A. S., DeIl'Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294. doi:org/10.1590/S1413-294X1998000200006
- Bandeira, M., & Barroso, S. M. (2005). Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 34-46. Disponível em: http://www.ipub.ufrj.br/documentos/artigosobrecarga1_0.5pdf
- Baptista, A. P. (2011). *A integração do portador de transtorno mental na família*. (Monografia, Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Campus Universitário da Cidade da Praia - Santiago). Disponível a partir da Biblioteca digital da UniPiaget: <http://bdigital.cv.unipiaget.org:8080/jspui/handle/10964/284>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, S. M. (2006). *Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: Avaliação de fatores associados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas

- Gerais, Belo Horizonte). Disponível a partir da Biblioteca Digital, dissertações e teses: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-6X3PJD>
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. (2007). Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 270-277. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000600003>
- Brasil. Ministério da Saúde (1996). *Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004a). *Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004b). *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano – Compaixão pela terra*. Petropolis, RJ: Vozes.
- Floriani, C. A. (2004). Cuidador familiar: Sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50, 341-345. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf
- Goes, A.R.M. (2007). *Cuidadores (as) de portadores de transtornos mentais e a família no contexto da desinstitucionalização*. (Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Londrina). Disponível a partir da Biblioteca Digital, dissertações e teses: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000123268>
- Melman, J. (2006). *Família e doença mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. 2. ed. São Paulo: Escrituras.
- Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: Identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enfermagem*, 17, 680-688. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400008>.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, 11, 569-577. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300013>
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto - Porto). Disponível a partir de Repositório aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf>
- Santin, G., & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, 34, 146-160. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>
- Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social* (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa - Lisboa). Disponível em Cuidados continuados, teses: http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/tese/tese_completa.pdf
- Saraiva, D. M. F. (2011). *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Volume I (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e a Faculdade de Economia - Coimbra). Disponível em Repositório digital: <http://hdl.handle.net/10316/17858>
- Silva, I. P. (1998). As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In U. M. S. Karsch (Org.), *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores* (pp. 133-150). São Paulo: Educ (PUC-São Paulo).
- Silva, V. A., Lippi, P. C. M., & Pinto C. J. M. (2008). Doença mental: Dificuldades enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. *Intellectus*, 1, 1-9. Disponível em: http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART_Enfermagem.pdf

- Silva, L., & Moreno, V. (2004). A religião e a experiência do sofrimento psíquico: Escutando a família. *Ciência Cuidado Saúde*, 3, 161-168. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5421/3474>
- Tomasi, E., Rodrigues, J.O., Feijó, G.P., Facchini, L.A., Piccini, R.X., Thumé, E., ... Gonçalves, H. (2010). Sobrecarga em familiares de portadores de sofrimento psíquico que frequentam Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 34, 159-167.
- Trindade, M.R.C. (2007). *Dor e sofrimento do familiar-cuidador do doente mental* (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/752>
- Yamashita, C.H., Amedola, F., Alvarenga, M.R.M., & Oliveira, M.A.C. (2010). O perfil sociodemográfico de cuidadores de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. *O Mundo da Saúde*, 34, 20-24. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/02_original_Perfil.pdf
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Books. Editora Fiocruz. doi:[org/10.7476/9788575413623](https://doi.org/10.7476/9788575413623)

CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Maria Helena Presado  1,2 e Natália Ramos 2

1- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem de Saúde Materna, Lisboa, Portugal; 2 -Universidade Aberta de Lisboa, Lisboa, Portugal

A menopausa insere-se numa das fases da vida da mulher que não pode ser evitada e que decorre do processo natural de envelhecimento, sendo um processo biológico caracteriza-se pelo cessar da atividade menstrual, diagnosticado retrospectivamente, um ano após a cessação ininterrupta da menstruação e significando o fim da idade reprodutiva e que se insere no climatério. O climatério é um processo contínuo que engloba a peri-menopausa, a menopausa e a pós-menopausa, e OMS define como um processo de transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo da mulher, que pode ocorrer entre os 40 e 65anos (WHO, 1996) e com uma duração de mais de 20 anos (Colomer, Pérez & Molina, 2001).

O termo climatério tem origem na palavra grega *Klimakter* que significa “crise” e “escada” representando o declínio da função ovárica e é mais usado entre os profissionais de saúde (Mori & Coelho, 2004). Apesar da palavra menopausa ser mais facilmente identificada, as palavras climatério e menopausa têm sido indistintamente usadas como sinónimos para referir todo o processo que envolve os diversos estádios desta etapa de vida. Tendo em conta o aumento da esperança de vida em Portugal é notório o envelhecimento da população e o consequente aumento de mulheres em fase de climatério e menopausa. Entender o pensamento social, parece útil uma vez que, as representações que se têm da menopausa podem interferir na forma como as mulheres vivenciam esta etapa de vida. A menopausa, sendo um fenómeno normal no percurso de vida da mulher, é um período crítico do seu desenvolvimento pessoal, psicológico e social, podendo comportar algumas vulnerabilidades para a mulher, provocados pela diminuição dos níveis hormonais.

O conceito de representação social traduz o conhecimento e o saber do senso comum, é uma forma de pensamento social orientado para a comunicação, compreensão e domínio do ambiente social e material em que a pessoa vive (Alves, Shimizu & Bervique, 2007). O facto de a menopausa constituir um processo biológico, permitiu a construção de diversas opiniões com base em diferentes tradições populares e em discursos científicos e sociais.

A representação social não pode ser dissociada do papel da mulher e na perspectiva da evolução histórica das sociedades. Durante séculos as mulheres eram consideradas inferiores aos homens e suas subordinadas, eram consideradas subproduto do homem, representavam a desobediência, o pecado e a culpa, transportando o pecado original

 - Maria Helena de Carvalho Valente Presado, R. Calçadinha da Damaia, nº 13, 4º esq. 2720-155 Amadora, Portugal, e-mail – mhpresado@esel.pt; hpresado@hotmail.com

como herança aos seus descendentes, por ter levado a que “Adão” caísse em tentação expulsando-o do paraíso (Lopes, 2007).

A mulher tem uma conotação desfavorável, no que se refere à sexualidade, dicotomizando-a como santa ou prostituta, onde na tradição judaico-cristã, o corpo é visto como vida/morte, sagrado/profano, puro/impuro. Esta visão influenciou as atitudes sociais contemporâneas no que diz respeito à sexualidade feminina, nomeadamente no que se refere ao corpo, e à percepção que tem sobre si própria (Lopes, 2007).

Os mitos em função de crenças religiosas acabam por gerar valores, atitudes, e estabelecer toda a ordem e contra-ordem social, originando as mais diversas representações sociais. a vivência da menopausa vai ser influenciada pelo contexto sociocultural, pois é um processo culturalmente construído com base nas atitudes em relação ao envelhecimento, papel social e estereótipos negativos em relação à mulher (Pimenta, Leal & Branco, 2007). A saúde e o bem-estar das mulheres menopáusicas são influenciadas pelas classes sociais, culturais e económicos onde vivem, e alguns estudos mostram que a sintomatologia é diferente de cultura para cultura. A visão da menopausa como um processo negativo, tem vindo a transformar-se face às demonstrações científicas, não podendo no entanto proceder-se a uma generalização destas crenças a todas as mulheres, atendendo que, “(...) *as representações sociais da menopausa estabelecem uma relação complexa e dinâmica entre o saber médico e o saber comum*” (Serrão, 2007, p.13).

As representações sociais da menopausa podem ser classificadas como negativas, ambivalentes, neutras e positivas, quando a menopausa era vista como uma mudança ligada à perda de feminilidade, ao fim da capacidade de sedução, início do envelhecimento e à passagem ao papel de avó eram consideradas negativas. É ambivalente quando se encontra associada a uma representação negativa paradoxalmente a uma experiência pessoal neutra. A representação social é neutra quando “a menopausa é pouco referida como perda de feminilidade ou como velhice e a amenorreia é sentida como alívio”, sendo normalmente mencionado pelas mulheres mais jovens. Considera-se uma representação positiva, quando as “mulheres mais velhas, pós-menopausicas (...) consideram que a menopausa não constitui uma ameaça à sua feminilidade e sedução”, sendo que estas mulheres englobam um nível cultural mais elevado e uma situação profissional gratificante (Serrão, 2007, p.14).

Existem no entanto, factores que podem influenciar as representações sociais da menopausa como sejam a falta de informação ou informação incorrecta e o nível sociocultural (Moraes, Vandenbergue & Silveira, 2007). Quanto mais negativas forem as representações sociais da menopausa, mais agravados serão os sintomas vividos pelas mulheres neste processo de envelhecimento (Pimenta, Leal & Branco, 2007). Subsistem sociedades com uma visão positiva da menopausa por considerarem que é nesta fase da vida que a mulher adquire um papel preponderante (Hall *et al.*, 2007), as mulheres têm maior autoridade, mobilidade e segurança relativamente a gravidezes não desejadas (Gupta *et al.*, 2006).

Hall *et al.* (2007), ao abordarem as percepções de mulheres a vivenciar a menopausa, com base na forma de viver, crenças culturais e experiências de vida, definem três *grupos culturais (tradicional, moderna e imigrante)*. Consideram a mulher *tradicional*, aquela que tem uma cultura onde as crenças e costumes são passados de geração em geração, sendo a sua forma de vida semelhante ao dos seus antepassados e onde são mínimas as influências ocidentais. Algumas mulheres adquirem o estatuto de mulher sábia e conselheira, passando a ter uma maior influência na família. A Mulher *moderna*, com um estilo de vida oposto ao das práticas da cultura tradicional (maior oportunidade de acesso a educação formal, tecnologias de informação), a sua percepção sobre a

experiência da menopausa é influenciada pelas informações. A mulher *imigrante*, encontra-se na transição de uma cultura tradicional para uma moderna, abalada por múltiplos fatores (viver num país estrangeiro, barreira linguística, procura de emprego), principalmente para as que têm pouco suporte social.

Podemos encontrar na *cultura tradicional* percepções positivas associadas à menopausa nas sociedades onde são adquiridos privilégios e novos papéis sociais com essa etapa de vida (tribo islâmica de Tuareg na Nigéria). O condão de ser “feminina” ou “maternal” não é abandonado mas é redirecionado para os novos papéis (sogra, avó, curandeira de ervas e/ou devota religiosa) (Hall *et al.*, 2007). O papel de “*xamã*”, resultado da sabedoria adquirida com a maturidade dá o poder de tomar decisões e responsabilidade face às mulheres mais novas (Fagulha & Gonçalves, 2005).

A Organização Mundial de Saúde refere que os países em desenvolvimento, tendem a perspetivar esta fase de vida com alívio e satisfação, pois as mulheres, adquirirem a libertação da responsabilidade de ter filhos e das restrições sócio-culturais impostas às mulheres jovens, tendo em conta não só os aspectos sócio-económicos, como os baixos recursos e o limitado acesso aos Serviços de Saúde (WHO, 1996). As sociedades que atribuem alto valor à *fertilidade*, as mulheres podem demonstrar atitudes negativas face à menopausa onde as mulheres são dependentes dos seus maridos (física, financeira e socialmente) e trocadas por mulheres mais novas (vilas rurais da Índia, Irão e África). Na Arábia, a conotação negativa encontra-se expressa na designação de menopausa: *sinn al ya*, cuja tradução corresponde “*a idade do desespero*” (Hall *et al.*, 2007).

Os autores referem que na sociedade tradicional da Coreia, onde o homem tem um papel central e não é admitido que a mulher fale sobre a menopausa, elas revelam sentimentos depressivos, provavelmente associados às mudanças de vida pelo abandono dos filhos de casa (independência) e sentimento de inutilidade. Na sociedade chinesa e japonesa, a idade é venerada e a menopausa é vista como uma transição natural relacionada com o envelhecimento e, os sintomas fisiológicos são irrelevantes (as mulheres não apresentam queixas relacionadas com a menopausa), isto deve-se teoricamente aos hábitos alimentares ricos em peixe, cálcio e soja e ainda pela prática regular de exercício (bicicleta e caminhada), aliados ao contexto cultural.

As mulheres afro-descendentes encaram o processo da menopausa como mais uma etapa de vida que assumem e enfrentam com a serenidade inconsciente de quem sabe que o mesmo sucedeu aos seus antepassados devendo ser vivida de forma tranquila e natural. E as afro-americanas consideram que vivenciam, nesta fase, o pico da sua vida sexual (Argote *et al.*, 2008). Aliado ao preconceito, da actividade sexual desprovidas de interesse sexual (40 e 50 anos), o período de perimenopausa pode causar sentimentos de ansiedade e angústia, se existir dificuldade em distinguir as irregularidades menstruais associadas à menopausa com a hipótese de gravidez, numa fase considerada de risco (Hall *et al.*, 2007).

Nas *sociedades modernas* a percepção da menopausa é influenciada por diversos factores, algumas mulheres podem perceber como um tempo de perda, outras como um desafio a explorar e, outras ainda, como um acontecimento insignificante. Nas culturas ocidentais, e numa sociedade predominantemente machista, onde predomina o culto da juventude e do belo, a menopausa é frequentemente associada ao medo de envelhecer, perda de estatuto e a problemas com a sexualidade. Eventuais falsos pudores distorcem uma realidade que deveria ser aceite com naturalidade e sem estigmas (Ferreira, 2007), as crenças em volta do envelhecimento feminino apontam que as mulheres ao entrarem no climatério sofram um declínio progressivo dos traços valorizados socialmente (tais como beleza, força, inteligência, produtividade e valor como sujeito social) (Santos & Diniz, 2007).

Num estudo realizado em mulheres brasileiras com idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos, apurou-se que a menopausa é representada como algo ruim e negativo, emergindo palavras como tristeza, depressão, nervosismo, envelhecimento, falência do organismo, doença, problemas, mal-estar, fase complicada, fim, deixar de ser mulher, revolta e preocupação, no entanto, sobressaem também palavras com sentido neutro como sejam: natural, normal, comum, cuidado, acompanhamento indiciando de que a menopausa pode ser vivida sem dificuldades e sem prejuízos para a qualidade de vida e a saúde (Alves, Shimizu & Bervique, 2007).

As mulheres portuguesas têm maior tendência a concordar que a menopausa pode ser uma nova etapa das suas vidas comparativamente com as britânicas que associam a menopausa à perda da feminilidade (Catão, 2007). O estudo desenvolvido por Serrão em 2004, com 200 mulheres portuguesas climatéricas (peri e pós-menopausa) verificou que embora a representação social fosse positiva relativamente à fase da menopausa; era evidente a existência de correlações negativas entre a representação social e a sintomatologia climatérica (vasomotora e psicossocial) (Catão, 2007).

Na imagem da mulher ocidental o papel sexual parece completar-se com a maternidade, a sociedade descarta as experiências das mulheres no domínio sexual, definem as mulheres mais velhas como sendo sexualmente invisíveis e associando o envelhecimento a um aparente desinteresse em ser sexualmente ativa, com conotação de infelicidade e frustração sexual por se considerar fisicamente ser pouco desejável. Na crença de que a libido diminuiu, é frequente constataremos a relação do mito da passividade e da frigidez feminina num processo humilhante de desqualificação sexual associados esta fase da vida da mulher (Moraes, Vandenbergue & Silveira, 2007).

As mulheres são julgadas em função de um ideal de beleza associando a capacidade de atração social à juventude e à magreza (Moreira *et al.*, 2005; Gotter, 2007; Moraes, Vandenbergue & Silveira, 2007). Considerando que a qualidade de vida pode ser reduzida, pelas alterações corporais que podem implicar a perda dos papéis sociais e familiares que desempenhava, a terapêutica hormonal surge numa alternativa de preservar a saúde, com o intuito de manter a juventude (Gotter, 2007; Moraes, Vandenbergue & Silveira, 2007).

Mulheres com carreira profissional estão mais conscientes e informadas da sintomatologia associada à menopausa, ocorrendo a percepção comum de que os sintomas devem ser tratados com medicação de substituição hormonal ou suplementos naturais, existe uma multiplicidade de oferta de fármacos e um incentivo ao seu consumo, pois contrariamente às culturas tradicionais as mulheres modernas consideram que os sintomas devem ser controlados com medicação em vez de considerarem a menopausa como um acontecimento cujos sintomas se devam tolerar e suportar. A menopausa representa uma fase de mudanças importantes e a mulher deve e preparar-se para o próprio envelhecer, não como o fim mas, como uma experiência culminante do próprio ciclo de vida é importante para vivenciar esta fase de transição de forma sadia.

Apesar de esta ser uma fase que pelas inerentes transformações desencadeia um processo de reavaliação da própria vida, algumas mulheres atribuem também a esta fase a agradável sensação de serem tratadas com respeito, olhadas com sabedoria e, não terem que provar nada a ninguém. A partir de perspectivas positivas podem redescobrir a sua identidade feminina, procurar novos caminhos, descobrir novos talentos, oportunidades profissionais, e liberdade para procurar novas aventuras (Alves, Shimizu & Bervique, 2007; Hall *et al.*, 2007). Ao climatério parece associar-se uma mudança de postura perante a vida, como sendo uma fase de transição da vida adulta (Marchand, 2005; Lopes, 2007).

A percepção das mulheres imigrantes sobre a menopausa é tendencialmente negativa. Os desafios colocados na adaptação a um novo país, onde para além do eventual isolamento da sua cultura originária, barreiras linguísticas, desafios laborais e financeiros acumulados à vivência da menopausa parecem ser favoráveis a sentimentos de depressão e de envelhecimento rápido. No entanto, é difícil estabelecer uma relação causal específica para estes sentimentos, não se podendo afirmar ou negar a relação destes sentimentos com a menopausa, conforme comprova um estudo com mulheres imigrantes da Coreia (Hall *et al.*, 2007).

O indivíduo é o resultado da sua adaptação a diversas problemáticas tendo em conta os contextos sócio-históricos e político-culturais onde está inserido. Os padrões culturais transmitidos desde o nascimento constituem um processo de interiorização das tradições e valores do grupo de pertença onde os modelos sócio-familiares desempenham um papel importante no processo de estruturação cultural e psíquica (Ramos, 2004). Na idade adulta as mudanças estão relacionadas com expectativas pessoais e mudança de papéis (Fonseca, 2005). As representações diferem de contexto para contexto e as mulheres portuguesas relacionam a menopausa com consequências físicas, onde predomina uma visão incutida pelo modelo biomédico.

O objectivo do estudo é identificar as representações da menopausa de mulheres e homens, através da resposta às palavras estímulos: Menopausa e Climatério

MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo exploratório por amostragem não probabilística, accidental ou de conveniência, em dois Agrupamentos de Centros de Saúde da Região de Lisboa, aos presentes na unidade de saúde e nos momentos previamente definidos, na 3ª semana de junho de 2010, com o objetivo de identificar as representações da menopausa e climatério de homens e mulheres.

Participantes

Participaram 97 sujeitos com idades compreendidas entre os 35 e 65 anos: 77 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, sendo que, 49 têm idades compreendidas entre os 35 e <45 anos, 34 encontram-se na faixa etária dos 45 e <55 anos e com mais de 55 anos temos 14 sujeitos. Relativamente ao estado civil, 65 sujeitos estão casados ou em união de facto e 32 são solteiros ou divorciados. No que concerne à atividade profissional, predominam os enfermeiros (29), seguidos dos professores (26), administrativos (17) e os auxiliares/assistentes operacionais (13), menos representados encontramos outros quadros técnicos superiores como é o caso dos directores/gestores, engenheiros e economistas.

Material

Os dados foram recolhidos por escrito num protocolo individual, onde se apresentava a pesquisa, sem referir os verdadeiros objetivos do estudo para não afetar a espontaneidade das respostas. Cada indivíduo expressou as suas ideias/pensamentos, emoções/sentimentos, imagens/símbolos através de no máximo cinco palavras relativamente aos estímulos “*climatério faz-me pensar em...*” e “*menopausa faz-me pensar em...*”. Após o preenchimento esclareceram-se os participantes relativamente aos objetivos do estudo.

Procedimento

Procedeu-se à redução de todas as palavras associadas a cada um dos estímulos, sem se ter recorrido a análise de conteúdo. Optou-se apenas por colocar os substantivos e adjetivos no singular e no masculino e os verbos no infinitivo. Para identificar os universos semânticos ligados a cada estímulo efetuou-se Análise Fatorial Simples

(AFS) relativamente às palavras ou produções em texto livre (variáveis qualitativas). Recorreu-se ao programa estatístico SPAD-T, versão 1.5.

RESULTADOS

Nos resultados obtidos para cada um dos estímulos, foram retidas as palavras com uma frequência superior a quatro ocorrências. Este procedimento possibilitou apreender as principais dimensões de significação que compõem as associações de ideias-pensamentos, emoções-sentimentos e imagens-símbolos relativamente a cada um dos estímulos, na população alvo.

Assim, e relativamente à palavra estímulo “*climatério faz-me pensar em...*”, a palavra Clima foi a mais mencionada (62) revelando uma associação a alterações climáticas (vento, chuva, nevoeiro, neve...) sem qualquer ligação com esta etapa de vida das mulheres que é o climatério. No entanto, existem palavras frequentemente mencionadas: menopausa (20), mudança (18), mulher (15), idade (13), transição (8), alterações hormonais (6) e corporais (6) que são sugestivas de que o climatério é percebido como algo que surge no percurso natural de vida das mulheres associado a uma fase de mudança e transição com as necessárias alterações corporais inerentes ao avançar da idade. Obtiveram-se 384 ocorrências correspondendo a 42,7% de palavras distintas e uma média de 4,4 palavras por participante. Na Análise Factorial Simples (AFS) constatamos que:

- O primeiro factor parece representar os pensamentos inerentes às alterações climáticas salientando-se sobretudo as palavras como clima (64,1) e mudança (7,6).
- No segundo factor parece anunciar-se o climatério como um factor de maturidade ao sobressaírem palavras como maturidade (86,7) e etapa de vida (4,4).
- O terceiro factor resume a fase de transição opondo palavras como mudança (16,6) à menopausa (27,3) e calores (36,5), elementos que correspondem a pensamentos concretos e que de alguma forma estão presentes no climatério.

No que concerne à resposta à palavra estímulo “*menopausa faz-me pensar em...*”, obtiveram-se 379 ocorrências e uma média de palavras de 3,9. As palavras retidas mais frequentemente mencionadas: mulher (20), afrontamentos (18), etapa de vida (15) e calores (14) sugerem uma percepção da menopausa associada a uma fase da vida das mulheres onde se espera o aparecimento de alguma sintomatologia reveladora das alterações hormonais progressivas com o evoluir da idade da mulher.

Os principais elementos de interpretação dos factores revelam que o primeiro factor parece representar a menopausa como factor de maturidade (93,5), que as representações inerentes a problemas de saúde, encontram-se no segundo factor onde predominam as palavras como problemas de saúde e fim da fertilidade. O terceiro factor resume a “etapa de vida” opondo palavras como mudança e etapa de vida a afrontamentos e THS, palavras que correspondem a representações concretas e que influenciam a vivência da menopausa. Efectivamente nesta fase de mudança é frequente a presença de afrontamentos como sintomatologia principal, o recurso à reposição hormonal de substituição vindo melhorar a qualidade de vida das mulheres, provavelmente esta é uma das razões para sobressair esta percepção face à menopausa.

DISCUSSÃO

Na representação do climatério e menopausa, encontramos a menopausa associada a uma etapa de vida da mulher onde sobressai a maturidade, a sintomatologia reveladora de alterações hormonais inerentes ao evoluir da idade da mulher, a terapia hormona de

substituição como opção terapêuticas e emergem ainda palavras aliadas a problemas de saúde e ao fim da fertilidade. Nesta fase de mudança é frequente a presença de afrontamentos como sintomatologia principal e o recurso à reposição hormonal de substituição tem contribuído para melhorar a qualidade de vida das mulheres (Hunter & Rendall, 2007; Pimenta, Leal & Branco, 2007). Reativamente ao climatério, embora existam palavras reveladoras de que é percebido como algo que surge no percurso natural do ciclo de vida, sobressai a palavra Clima associada a alterações climáticas (vento, chuva, neve...) sem qualquer ligação a esta fase de transição da vida da mulher.

A representação neste grupo de participantes é reveladora de algum desconhecimento e crenças tendo predominado a representação biomédica da menopausa, indo de encontro à perspetiva dominante na sociedade ocidental. Entender o pensamento social é fundamental, uma vez que, as representações que se têm da menopausa e do climatério podem interferir na vivência desta etapa de vida.

Atendendo a que cerca de 30% dos participantes eram profissionais da área da saúde. Parece fundamental investir na Formação dos profissionais de saúde para ajudarem as mulheres a vivenciarem esta etapa com qualidade de vida, pois cada mulher vai experienciar de forma subjectiva, diferente e única influenciadas pela informação, valores e crenças de cada mulher, família e cultura. Ou seja, a poderem desenvolver as suas competências no âmbito da promoção da saúde tendo em vista o processo de transição da menopausa e promoção de cuidados culturalmente adaptados. De igual forma parece importante uma maior acessibilidade e sensibilidade dos serviços de saúde nos cuidados a estas mulheres e famílias. Investir na literacia em saúde, com programas de educação para a saúde ao longo do ciclo de vida.

A mudança de representação social é morosa. Paralelamente ao acompanhamento das mulheres em fase de climatério, devemos investir e preparar os jovens, pois será também uma forma de os ajudar a lidar com o chamado “confronto de gerações” ambos sustentados em fases de transição e também alterações hormonais (adolescência e climatério). É necessário desenvolver estratégias e políticas de saúde no sentido de melhorar a qualidade de vida das mulheres nesta etapa de vida, Investir na promoção da saúde e de hábitos de vida saudáveis, contribui para a redução de custos com a saúde. Consideramos que este estudo deve ser alargado e aprofundado, nomeadamente em indivíduos de outras culturas e minorias étnico-culturais, para uma melhor compreensão da diversidade das representações associadas a esta temático.

REFERÊNCIAS

- Alves, T. M. R., Shimizu, A. M., & Bervique, J. A. (2007). Representações sociais em mulheres em processo de menopausa: um estudo na unidade de saúde da família no município da Graça. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 2, 117-129.
- Argote, L. A. O., Mejia, M. E. R., Vásquez, M. L. T., & Villaquiran de González, M. E. (2008). Climaterio y menopausia en mujeres afrodescendientes: una aproximación al cuidado desde su cultura. *Aquichan*, 8, 33-49.
- Catão, L. I. C. (2007). *Sexualidade na mulher de meia idade: avaliação do funcionamento e do interesse sexual*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Colomer, F. D., Pérez, F. J., & Molina, A. M. (2001). *La salud de la mujer en climaterio según las creencias y costumbres populares*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.

- Fagulha, T., & Gonçalves, B. (2005). Menopausa, sintomas de menopausa e depressão: influência do nível educacional e de outras variáveis sócio-demográficas *Psicologia*, 19, 19-38
- Ferreira, J. (2007). Menopausa: tabu e mito. Consultado em http://comunidade.sol.pt/blogs/julieta/archive/2007/05/17/MENOPAUSA_2D00_-Tabu-e-Mito.aspx
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Gotter, E. (2007). Atitudes negativas ante os primeiros sinais de envelhecimento na perimenopausa. Retirado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/psico/psico18.htm>
- Gupta, P., Sturdee, D. W., & Hunter, M. S. (2006). Mid-age health in women from the Indian subcontinent (Mahwis): general health and the experience of menopause in women. *ByClimateric*, 9, 13-22. doi.org/10.1080/13697130500515776
- Hall, L., Callister, L. C., Berry, J. A., & Matsumura, G. (2007). Meanings meopause: cultural influences on perceptions and management of menopause. *Journal of Holistic Nursing*, 25, 106-118. doi.org/10.1177/0898010107299432
- Hunter, M., & Rendall, M. (2007). Bio-psycho-social-cultural perspectivas on menopausa. *Best Practice of Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 261-274.
- Lopes, C. G. (2007). *Integridade na saúde da mulher: a questão do climatério*. Tese de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Sub-área de Concentração: Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.
- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso* (2ªed.). Coimbra: Quarteto
- Moreira, A. S. P., Camargo, B. V., Jesuíno, J. C., & Nobrega, S. M. (2005). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa, Paraíba, Brasil: Editora Universitária UFPB.
- Moraes, V., Vandenbergue, L., & Silveira, N. (2007). Humor, Atenção Centrada e Qualidade de Vida no Climatério: Um estudo no Brasil Central. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8, 221-237.
- Mori, M., & Coelho, V. (2004). Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 177-187. doi.org/10.1590/S0102-79722004000200006.
- Pimenta, F., Leal, I., & Branco, J. (2007). Menopausa, a experiência intrínseca de uma inevitabilidade humana: Uma revisão da literatura. *Análise Psicológica*, 25, 455-466.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, C., & Diniz, G. (2007). Envelhecimento, representações sociais, saúde e cidadania: perspectiva de género. Retrieved from www.fazendogenero7.ufsc.br
- Serrão, C. (2007). Representações sociais na menopausa: do mito à realidade. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Universidade Sénior Contemporânea*, 1, 12-15.
- World Health Organization. (1996). *Research on the menopause in the 1990s*. Geneva, Switzerland: Technical report Scr 886.

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR DA ÁREA DE SAÚDE.

Andreia Magalhães ¹, Artemisa Rocha Dores ¹ e Helena Martins ^{1,2}

1 – Área Técnico-Científica de Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal; 2 - Faculdade de Economia do Porto, da Universidade do Porto (FEP-UP), Porto, Portugal

O conceito Síndrome de Burnout surgiu pela primeira vez nos anos 70, traduzindo uma condição de sofrimento psíquico relacionada diretamente com o contexto profissional (Koeske & Koeske, 1991). Esta síndrome implica alterações fisiológicas decorrentes do *stress* (ex.: fadiga, distúrbios de sono, cefaleias, perturbações gastrointestinais), de transtornos psíquicos (ex.: alterações de memória, baixa autoestima, labilidade emocional, défice de atenção), de alterações comportamentais (ex.: irritabilidade, agressividade, comportamentos de risco) e de comportamentos defensivos (ex.: isolamento, absentismo, perda de interesse) (Koeske & Koeske, 1991). Deste modo, pode ser considerada como resposta à exposição prolongada a stressores psicossociais, estando associada a um sentimento de fracasso e exaustão, causados por um excessivo desgaste de energia e de recursos (Carlotto & Câmara, 2006). Posteriormente, Maslach (1993) define a Síndrome de Burnout como um construto multidimensional, formado por três dimensões chave: a *exaustão emocional* que se refere ao esgotamento de recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa, a *despersonalização* que se traduz no distanciamento afetivo e na falta de sensibilidade em relação aos outros, e a *eficácia profissional* que se caracteriza pela diminuição do sentimento de competência e de prazer associados à atividade (Marroco & Tecedeiro, 2009).

Se a Síndrome de Burnout em profissionais da área da saúde é uma questão já consolidada em diversos estudos (Rosa & Carlotto, 2005; Schaufeli, Jackson & Leiter, 1996; Rodrigues-Marín, 1995), a mesma problemática em estudantes do ensino superior, particularmente da área da saúde, é uma questão que merece exploração adicional. Neste domínio, as três dimensões anteriormente descritas são adaptadas, passando a ser concebidas como *exaustão emocional* potenciada pelas exigências do estudo, *descrença* (anteriormente *despersonalização*) entendida como um distanciamento em relação ao estudo e *eficácia profissional* caracterizada pela percepção de incompetência como estudante (Carlotto & Câmara, 2006).

Segundo os estudos de Martinez, Pinto, Salanova e Silva (2002), a Síndrome de Burnout pode ter início na fase académica e prolongar-se para a vida profissional, pelo

 - Andreia Magalhães, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP-IPP), R. Valente Perfeito, 322, 4400-330, Vila Nova de Gaia, mail- afm@estsp.ipp.pt / andreiafms@gmail.com

que a necessidade de uma intervenção preventiva precoce se torna relevante. Os resultados de diferentes investigações apontam para a existência de um quadro complexo de fatores psicossociais associados às vivências académicas, que podem potenciar o desenvolvimento da Síndrome de Burnout nos estudantes do ensino superior (Carlotto, Câmara & Borges, 2005). No mesmo estudo os estudantes dos primeiros anos apresentam maiores níveis de exaustão emocional, pelo que têm maior probabilidade de desenvolver Síndrome de Burnout (Martinez, Pinto, Salanova & Silva, 2002). Podem explicar este facto a forte necessidade de os jovens aprenderem a lidar com as exigências da atividade académica (ex.: desenvolvimento de autonomia e responsabilidade) (Maslach, 1993). Também o facto de vivenciarem momentos de angústia, conflito e ansiedade associados ao seu percurso académico pode contribuir para a compreensão deste facto (Franco, 2001).

Na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, do Instituto Politécnico do Porto (ESTSP-IPP) são adotadas duas metodologias de ensino-aprendizagem diferentes: uma mais próximo do modelo tradicional e o modelo *Problem-Based Learning* (PBL). Das treze licenciaturas existentes, três delas (Medicina Nuclear, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) funcionam de acordo com o modelo PBL. O objetivo é analisar as associações entre a Síndrome de Burnout e diferentes variáveis sociodemográficas e académicas, nomeadamente as diferentes metodologias de ensino-aprendizagem (Problem Based Learning - PBL e modelo tradicional), nos estudantes do ensino superior da área das tecnologias da saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram no presente estudo 82 estudantes da ESTSP-IPP, do 1.º e 2.º ano, dos cursos de Farmácia, Fisioterapia, Radiologia, e Análises Clínicas e Saúde Pública. A maioria pertence ao género feminino (76,8%) e a média de idades é de 19,27 anos ($DP = 1,48$). Do grupo de participantes, 25 (31%) frequenta um curso com o modelo PBL e 10 (4,8%) têm estatuto de trabalhador estudante.

Material

No presente estudo foram aplicados dois questionários de autopreenchimento: (1) questionário de recolha de dados sociodemográficos; (2) a Escala de Burnout de Maslach para Estudantes (MBI-SS, Shaufelli, Martinez, Pinto, Salanova & Bakker, 2002, adaptação de Maroco & Tecedero, 2009). Esta escala tipo likert possui uma estrutura tri-fatorial, mas nesta versão a dimensão *despersonalização* foi substituída por *descrença*. É constituída por 15 itens, de autoavaliação, em que é pedido ao sujeito que avalie, em sete possibilidades, com que frequência sente um conjunto de sentimentos expressos em frases. As sete possibilidades variam entre Nunca (valor 0) e Sempre (valor 6) (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

Procedimentos

O contato com os participantes foi feito de forma direta em contexto de sala de aula. Garantiu-se que as questões éticas inerentes à investigação, tais como o anonimato e a confidencialidade foram asseguradas através da atribuição de um código específico a cada participante. Neste estudo, foi solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes antes do preenchimento dos questionários.

RESULTADOS

Apesar de esta ser uma escala já validada para uma população de estudantes portugueses, optamos por fazer uma análise fatorial exploratória para testar as

propriedades psicométricas da mesma e verificar se se mantinha a estrutura fatorial encontrada por Maroco e Tecedor (2009). Não consideramos pertinente nesta fase fazer uma análise fatorial confirmatória, dada a existência de um baixo número de sujeitos (Kline, 2011). Assim, procedemos à análise fatorial exploratória, forçada a 3 fatores, com rotação varimax, recorrendo ao *software* SPSS, versão 21. Os resultados preliminares do índice do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett indicaram uma boa fatorabilidade da amostra, tornando evidente a adequação deste procedimento estatístico.

A escala revelou a mesma estrutura fatorial anteriormente publicada por Maroco e Tecedor (2009) como é possível observar no quadro 1, explicando 64,27% da variância total. A fiabilidade, medida através do Alfa de Cronbach, apresenta-se com níveis satisfatórios, acima de $\alpha=0,70$ (Cortina, 1993). Assim, temos a subescala *exaustão emocional* com $\alpha=0,87$; a subescala *descrença* com $\alpha=0,87$ e a dimensão *eficácia profissional* com $\alpha=0,80$. A escala global apresenta um $\alpha=0,72$. Concluimos assim, que a escala apresenta boas propriedades psicométricas e pode ser usada nesta amostra.

Quadro 1
Solução fatorial para o instrumento MBI -SS

	Componente			h^2
	1	2	3	
Ee5. Os meus estudos deixaram-me completamente esgotado.	0,86	-0,06	0,20	0,79
Ee1. Os meus estudos deixaram-me emocionalmente exausto.	0,84	0,05	0,04	0,72
Ee2. Sinto-me de “rastos” no final de um dia na universidade.	0,83	0,01	-0,08	0,69
ee3. Sinto-me cansado de manhã quando penso que tenho que enfrentar mais um dia na universidade.	0,76	0,04	0,23	0,64
Ee4. Estudar ou assistir a uma aula deixam-me tenso.	0,74	-0,10	0,32	0,67
ef1. Consigo resolver, de forma eficaz, os problemas que resultam dos meus estudos.	-0,13	0,82	-0,003	0,69
Ef2. Acredito que participo de forma positiva nas aulas que assisto.	0,06	0,77	-0,06	0,60
ef6. Durante a aula, sinto que consigo acompanhar as matérias de forma eficaz.	-0,14	0,76	-0,25	0,66
Ef3. Sinto que sou bom aluno.	-0,15	0,73	-0,06	0,57
Ef4. Sinto-me estimulado quando alcanço os meus objetivos.	0,15	0,51	-0,09	0,29
Ef5. Tenho aprendido muitas matérias interessantes durante o meu curso.	0,15	0,51	-0,29	0,37
d3. Sinto-me cada vez mais cínico relativamente à utilidade potencial dos meus estudos.	0,16	-0,02	0,84	0,74
d1. Tenho vindo a desinteressar-me pelos meus estudos desde de entrei na universidade.	0,15	-0,18	0,84	0,76
D4. Tenho dúvidas sobre o significado dos meus estudos.	0,03	-0,15	0,79	0,66
D2. Sinto-me pouco entusiasmado com os meus estudos.	0,25	-0,24	0,76	0,71

Os itens designados por “ee” referem-se à subescala original da Exaustão Emocional; os designados por “d” referem-se à subescala Descrença, e os designados por “ef” à subescala Eficácia Profissional.

Análise dos diferentes modelos de ensino: PBL vs Tradicional

Como podemos observar no quadro 2, não há diferenças significativas entre os estudantes de PBL ou do Modelo Tradicional no nosso grupo de participantes relativamente às diferentes dimensões da Síndrome de Burnout.

Quadro 2

Diferenças nas subescalas do MBI-SS em função da metodologia pedagógica de Modelo (PBL vs Tradicional)

Escala	PBL		Tradicional		<i>gl</i>	<i>t</i>
	Média	DP	Média	DP		
Exaustão_emocional	3,39	1,46	3,55	1,17	38,25	-0,49
Descrença	1,43	1,59	1,47	1,28	38,17	-0,12
Eficácia_Profissional	4,16	,98	3,86	,83	39,73	1,32

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Verificou-se a ausência de diferenças com significância estatística nas subescalas do MBI-SS em função do modelo pedagógico (PBL vs Tradicional). O mesmo se passou com a análise da correlação entre variáveis sociodemográficas (idade, ano de escolaridade, habilitações acadêmicas) e as subescalas. Dado que não verificamos a existência de relações ou diferenças estatisticamente significativas quando comparamos os modelos na sua globalidade, passamos a testar a relação de variáveis e diferenças de grupos dentro de cada modelo separadamente.

Novamente, verificamos uma ausência de resultados com significância estatística (ano de escolaridade, idade, gênero e habilitações) com a exceção clara dos resultados referentes aos trabalhadores estudantes e trabalhadores não estudantes, conforme se encontra documentado nos quadro 3 e 4.

Quadro 3

Diferenças entre trabalhadores estudantes e estudantes não trabalhadores no modelo PBL, relativamente às subescalas do MBI-SS

Escala	Trabalhador estudante		Estudante não trabalhador		<i>gl</i>	<i>t</i>
	Média	DP	Média	DP		
Exaustão Emocional	3,40	1,69	3,39	1,47	1,13	0,07
Descrença	1,80	0,53	1,39	1,65	3,29	0,95
Eficácia Profissional	3,41	0,11	4,22	1,00	18,9	-3,59**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Quadro 4

Diferenças entre trabalhadores estudantes e estudantes não trabalhadores no modelo Tradicional, relativamente às subescalas do MBI-SS

Escala	Trabalhador estudante		Estudante não trabalhador		<i>gl</i>	<i>t</i>
	Média	DP	Média	DP		
Exaustão Emocional	3,47	1,10	3,56	1,19	1,13	-0,21
Descrença	1,84	1,40	1,41	1,25	8,94	0,89
Eficácia Profissional	3,66	1,2	3,89	0,74	7,77	-0,48

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Utilizando o teste *t*, verificamos uma diferença estatisticamente significativa no modelo PBL em relação aos trabalhadores estudantes e não estudantes na dimensão eficácia profissional ($t_{(18,9)} = -3,59$; $p = 0,002$). Esta diferença não existe de forma significativa no modelo tradicional ($t_{(7,77)} = -0,48$; $p = 0,64$).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados na secção supra, indicam que a escala MBI-SS apresenta boas qualidades psicométricas, indiciando que a mesma pode ser utilizada neste tipo de população para medir a presença da Síndrome de Burnout.

Ao analisarmos a Síndrome de Burnout nas duas metodologias de ensino-aprendizagem, apesar de não encontrarmos significância estatística, verificamos a existência de uma tendência no sentido de os estudantes do modelo PBL apresentarem menores valores na subescala de *exaustão emocional* e de *descrença*, e ao mesmo tempo evidenciarem valores mais elevados da dimensão da eficácia profissional. Este facto é aparentemente contra-intuitivo, uma vez que os estudantes que frequentam o modelo PBL têm que se adaptar a um sistema de ensino-aprendizagem completamente novo, caracterizado por uma elevada carga horária de trabalho individual e em grupo. No entanto, o facto de muitas tarefas serem realizadas em grupo, aumentado o suporte, pode favorecer a diminuição da exaustão emocional. Além disso, o forte e constante envolvimento em diversificadas tarefas académicas pode contribuir para a perceção de maior eficácia profissional. Por outro lado, este modelo trabalha o desenvolvimento de competências a partir da vivência de experiências significativas que envolvem a discussão de problemas (ex.: casos clínicos), o que pode explicar o maior envolvimento nos estudos que se traduz num nível mais baixo na dimensão de descrença.

A transição para o ensino superior exige um grande esforço de adaptação por parte dos estudantes, que no nosso estudo não se traduz na manifestação da Síndrome de Burnout. Esperava-se que a adaptação a um novo modelo de ensino aprendizagem a pudesse potenciar, o que não se verificou, antes pelo contrário, a tendência é de resistência. Assim importa, no futuro, compreender quais os fatores protetores associados ao modelo PBL que promovem a eficácia na adaptação ao contexto académico.

No que se refere à correlação da Síndrome de Burnout com variáveis sociodemográficas, foram apenas encontradas diferenças significativas entre os participantes com estatuto de trabalhador estudante no grupo do modelo PBL relativamente à dimensão da eficácia profissional. Os baixos níveis de eficácia profissional neste grupo pode dever-se às elevadas exigências nos campos profissional e académico que dificultam a gestão do tempo e das diferentes tarefas, cujo acompanhamento contínuo é indispensável no modelo PBL.

O presente estudo explora a existência de um quadro complexo de fatores que pode contribuir para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout ainda no processo de formação dos profissionais na área da saúde. Estes fatores devem ser alvo de estudo aprofundado quando falamos da variável de metodologia de ensino-aprendizagem na formação académica superior. Torna-se assim importante investigar quais os eventos de vida significativos e os principais fatores de *stress* associados às diferentes metodologias de ensino, que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

O presente trabalho reporta-se a um estudo em progresso, pelo que propomos em investigações futuras aumentar a amostra para podermos correlacionar novas variáveis psicossociológicas, nomeadamente acontecimentos de vida que influenciam as diferentes dimensões da Síndrome de Burnout. Será ainda interessante alargar o estudo para os últimos anos da licenciatura e início do contato com o contexto de trabalho (situação de estágio) e estudar o efeito da variável modelo pedagógico nas subescalas do MBI-SS, concretamente nesta etapa do percurso académico

Em investigações futuras propomos também realizar uma análise fatorial confirmatória da escala, de modo a verificar as propriedades psicométricas do instrumento com maior robustez, pois no presente estudo o número dos participantes que constituem a amostra revelou-se insuficiente.

REFERÊNCIAS

- Borges, A., & Carlotto, M (2004). Síndrome de Burnout e fatores de stress em estudantes do curso técnico de enfermagem. *Aletheia*, 19, 45-56
- Carlotto, M., & Câmara, S.(2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Revista Psico - USF*, 11, 167-174.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98–104. doi:org/10.1037//0021-9010.78.1.98
- Franco, S. (2001). Estudantes de psicologia, eficácia adaptativa e a psicoterapia como medida preventiva em saúde mental. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 9, 41-63.
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling 3rd Ed.* New York: The Guilford Press.
- Koeske, G., & Koeske, R. (1991). Student “burnout” as a mediator of the stress-outcome relationship. *Research in Higher Education*, 32, 415-431. doi:org/10.1007/BF00992184
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia Saúde e Doença* 10, 227-235.
- Maroco, J., Tecedreiro, M., Martins, P., & Meireles, A. (2010). Estrutura factorial de segunda ordem da Escala de burnout de Maslach para estudantes numa amostra portuguesa. *Análise Psicológica*, 26, 639-649.
- Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. *Professional burnout, Recent developments in Theory and Research*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rosa, C., & Carlotto, M. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8, 1-15.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogdoin, K., Schaap, C., & Kadler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout Measure. *Psychology & Health*, 16, 565-582. doi:org/10.1080/08870440108405527
- Schaufeli, W.B., Martinez, I.M. Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in university students: a cross national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481. doi:org/10.1177/0022022102033005003

ENSAIOS CLÍNICOS: HIPNOSE E FIBROMIALGIA

Bruno Pellicani ✉ 1, Maria Emília Costa 1 e Suely Roizenblatt 2

1- Universidade do Porto, Portugal ; 2- Universidade Federal de São Paulo - Brasil.

O termo Síndrome da Fibromialgia (SF) foi dado 1976 por Smythe (Inancini & Yunus, 2004), mas apenas foi reconhecida como tal pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992. Em 2001, a sua prevalência na população mundial, segundo White e Manfred (2001) era estimada entre 0,5% e 5%. A Associação de Reumatologia Brasileira (ARB) (2011) refere à SF como o motivo de 10% a 15% das consultas clínicas reumatológicas.

A SF é caracterizada, segundo a OMS, pelo Código Internacional de Doenças (CID-10) sob o código M79.0 como “Reumatismo não Especificado”. Esta denominação é utilizada por não serem claras as causas etiológicas da SF, em seus limitados achados biomédicos, pois até a presente data nenhum tratamento singular demonstrou eficiência no completo alívio dos sintomas da SF (Koulil, 2010). A American College of Rheumatology (ACR) em 1990 diagnosticava a SF pela dor difusa, pela apalpação dos pontos dolorosos - de 11 a 18 pontos em sítios pré-definidos anatomicamente, por um período de persistência da DC mínima de 3 meses, como único diagnóstico (Wolfe, et al., 1990).

Após revisão publicada em 2010, evidenciou-se que com apenas este critério se excluía 25% dos pacientes com SF (Wolfe, et al., 2010). Assim, novos critérios foram estabelecidos para o diagnóstico da SF para além dos pontos dolorosos, que agora não exigem mais a apalpação, mas o relato clínico da intensidade, *severity scale* (SS) e da difusão desta pelo corpo, *widespread pain index* (WPI), com tempo mínimo de persistência de 3 meses da DC. Nesta nova visão diagnóstica outros sintomas também foram contemplados como a fadiga, depressão, ansiedade, distúrbios do sono e incapacidade cognitiva (Marques, Santos, Assumpção, Matsutani, Lage & Pereira, 2006) coexistindo com alterações emocionais (Maeda, 2007).

Investigações sociopsicológicas sobre a SF avançaram na busca da compreensão das variáveis psicossociais (Oliveira, 2008) assim como das diferentes estratégias multidisciplinares como o tratamento psicoterapêutico e exercícios físicos (Koulil, et al. 2011), além de técnicas de medicina alternativa como acupuntura, meditação, hipnoterapia, Tai chi, Yoga, entre outras (Velkuru & Colburn, 2009).

A hipnose é um dos tratamentos não médicos mais antigos do mundo para o alívio da dor (Bernardy, Füber, Klose & Häuser, 2011), por existirem relatos que remetem ao primeiro manuscrito de medicina egípcia XXX a.C. (papiros de Ebbes), onde sacerdotes induziam certo tipo de estado de transe hipnótico (Bauer, 2010), sendo à base das chamadas “ciências ocultas” no antigo Egito, na Grécia e na Índia (Ferreira, 2011).

✉ Bruno Pellicani, Morada institucional: Rua Alfredo Allen. 4200-135 Porto – Portugal, ou Rua Botucatu, 740. 04023-062 São Paulo – Brasil, Mail- brpellicani@gmail.com

O termo “hipnotismo” aparece pela primeira vez nos estudos de James Braid em 1843 “*Neurypnology or rationale of nervous sleep*”, dedicando o nome ao Deus grego do sono *Hypnos*. Neste trabalho, Braid estudava se a anestesia obtida sob hipnose era devida a uma inibição de uma parte do cérebro do paciente (Ferreira, 2011) investigando desde esta época a capacidade da técnica em trabalhar a dor.

Os benefícios da hipnose, para o alívio da dor e no tratamento de algumas doenças, foram reconhecidos apenas 1955 pela British Medical Association, e em 1958 a American Medical Association aceitou oficialmente a utilidade da hipnose como forma de terapia (Streeter, 2004). Porém, vale ressaltar que ainda hoje em Portugal a hipnose não é reconhecida pela Ordem dos Médicos, o que leva a necessidade da realização desta investigação no Brasil, onde a prática da hipnose foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina em 1999, pela resolução nº 42/1999.

A hipnose, na visão Erickssoniana, é um estado alternativo de consciência ampliada, onde o sujeito permanece acordado todo o tempo, experimentando sensações, sentimentos, talvez tendo imagens, regressões, anestesia, analgesia e outros fenómenos hipnóticos enquanto está neste estado (Bauer, 2010). Segundo a definição dada em 1993 pela Associação Americana de Psicologia (APA), a hipnose é um procedimento durante o qual um pesquisador ou profissional da saúde sugere que um cliente, paciente ou indivíduo experimente mudanças nas sensações, nas percepções, nos pensamentos ou no comportamento (Bauer, 2002).

A dor, como definiu a OMS em 1982, é uma experiência de carácter desagradável neurosensorial com dois componentes, um perceptivo cognitivo neurosensorial e um componente aversivo, afetivo motivacional. O primeiro componente caracteriza a dor como uma sensação diferente, especial e desagradável; e toda sensação é interpretada com uma imagem simbólica. Imagina-se uma sensação dolorosa e associa-se com algum tipo de imagem de nossa memória, e em função disso reage-se ao meio ambiente (Ferreira, 2011). Já a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real ou em potencial, ou descrita nestes termos.

Estudos recentes tentam demonstrar as bases fisiológicas (Faymonville, et al., 2003) e neurofisiológicas (Levin, Heresco-levy, Edelman, Shapira, Ebstein, Pesach & Lichtenberg, 2011) que envolvem o fenómeno hipnótico. Procuram se estabelecer diferenças entre os grupos de pessoas com alta suscetibilidade, dos de baixa suscetibilidade através de exames de EEG como nos trabalhos de Gruzelier (1998; 2000), De Pascalis (1999), Behbahani (2009) e Baghdadi (2012), através da diferenciação entre as frequências dominantes (alfa beta teta delta gama) e dos polos de ativação ou desativação no cérebro, pois segundo os autores esta poderia ser uma chave para indicar o uso da técnica nos tratamentos, que acaba por afastar a necessidade do uso das escalas.

Segundo Ferreira (2011), do ponto de vista do paciente, a avaliação da suscetibilidade hipnótica pode ser contraproducente uma vez que, na maioria das escalas usadas para dividir os grupos, itens como amnésia e alucinações são incluídos, assegurando que muitos pacientes terão experiência de fracasso, as quais poderão influenciar negativamente as expectativas para um positivo resultado clínico. Sabe-se que a percentagem de pacientes que se beneficia da intervenção pela hipnose clínica excede em muito a percentagem de indivíduos que obtém scores altos nas escalas de suscetibilidade hipnótica. E ainda temos que considerar a influência da fala, da fraseologia, do *rappor*t entre outros fenómenos, que estão claramente presente em um contexto onde a hipnose é usada e que os testes não levam em consideração.

Contudo, os diferentes achados deixam ainda dúvidas sobre os processos neuronais que envolvem a hipnose, como se constata nas diferentes opiniões das revisões De Devanaiagi, Manivannan e Fernandez (2007), Isotania, et al. (2001), e Pascalis, Ray Tranquillo e d'Amico (1998), que discutem quais as frequências mais relevantes, e ao mesmo tempo quais canais demonstram maiores diferenças. Porém, estes não devem ser descartados, uma vez que os parâmetros no comportamento de frequências se repetem em vários dos estudos, como a relação theta-alfa (Graffin, Ray & Lundy, 1995) que nos dão uma pista sobre como o cérebro reage nas diferentes situações de transe, relaxamento, ou *imagery* nas relações com os grupos placebos. Além de procurar diferenças nas fases do transe entre a indução, o aprofundamento e o estado de vigília, estes estudos são úteis à investigação na medida em que os dados recolhidos permitem avaliar a evolução, a resposta e a comparação nos diferentes estágios dos tratamentos, entre os pacientes do mesmo grupo e entre grupos diferentes. Como mostram os resultados da meta análise feita em 2000 por Montgomery, Duhamel e Reed (2000), há escassez de estudos e a necessidade de um maior aprofundamento das investigações nessas áreas para uma padronização dos métodos e das técnicas usadas nas pesquisas.

Dentro do âmbito da dor crônica (DC) e das técnicas de hipnose para analgesia encontramos estudos neurofisiológicos desde os primeiros artigos de Braid, até aos mais recentes com o uso das técnicas imagiologia nos mais variados contextos (Thornberry, Schaeffer, Wright, Haley & Krish, 2007) inclusive do tratamento da DC na SF (Bernardy et al., 2011) e dos efeitos do afeto como modulador da dor (Rainville, 2002), que mostram os circuitos neuronais envolvidos com a percepção da dor durante a indução hipnótica nomeadamente tálamo, cíngulo anterior, insula, córtex pré frontal, córtex parietal (Derbyshire, Whalley, Stenger, & Oakley, 2004) e em especial na atividade do córtex anterior do cíngulo (Derbyshire, Vogt & Jones, 1998; Faymonville, et al., 2000) que se encontra junto ao sistema límbico. O estudo de Apkarian, Bushnell, Treede e Zubieta (2005) mostra que na DC é o córtex pré frontal a área que tem maior frequência de ativação, ao passo que nos estudo de Finkelkurts, Finkelkurts, Kallio e Revonsuo (2007) é justamente essa área, que durante a hipnose apresenta uma diminuição de atividade. Verifica-se ainda que estas mesmas estruturas estejam, em sua grande parte, relacionadas aos sintomas de depressão (DM), ansiedade (AS) e memória (Guyton & Hall, 1998). Portanto há de se esperar que a atuação através do trabalho hipnoterapêutico em ambas as frentes venha a ser uma importante ferramenta complementar para o tratamento da SF.

MÉTODO

A metodologia desenhada, passa pela escolha dos questionários segundo a sua relevância científica, capacidade de abordagem das variáveis escolhidas, em consonância com a sintomatologia da ACR no diagnóstico da SF, para além da DC, os sintomas de DM, AS e distúrbios do sono (DS), que estão em uma conjuntura intrínseca na qualidade de vida do paciente com SF, sua adaptação para língua portuguesa, população brasileira e aprovação pelo conselho de psicologia.

Participantes

O número de participantes foi definido de acordo com o número mínimo para ter relevância estatística, sendo 25 pacientes por grupo. Para integrarem o estudo devem corresponder aos seguintes critérios de inclusão: mais de 18 anos, sexo feminino, destra, ensino fundamental completo, dor crônica a mais de seis meses, medicação estável há três meses (amitriptilina, duoloxetina, gaba-pentina, pregabalina), diagnóstico feito por reumatologia em SF e disponibilidade de tempo para uma consulta por semana em oito

consecutivas. E também, aos critérios de exclusão: realizar tratamentos de fisioterapia, acupuntura ou outras psicoterapias em concomitância com o período de tratamento, ter tido episódios suicidas, estar em processo de separação ou litígio, conjugal ou laboral, doenças reumatológicas difusas do tecido conjuntivo (artrite reumatóide, lúpus, esclerose múltipla), quadros psiquiátrico (psicoses, transtorno bipolar, esquizofrenia) ou fazer uso de drogas ilícitas.

Material

A investigação é, portanto, composta do Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ), Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck, Questionário sobre a Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL) e o Inventário da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI).

Os questionários à partida avaliam individualmente uma variável, mas ao mesmo tempo permitem as correspondências comumente interligadas entre si e os importantes aspectos psicossociais (Thieme, Turk & Flor, 2004), a correlação do DS e a DC (Roizenblatt, 2011), uma vez que um sono de má qualidade é associado à dor nos pacientes com SF, e a DM e AS que são independentemente e conjuntamente associadas com o agravamento de dor (Kurtze, 1998, cit. in Thieme et al., 2004).

Procedimento

A divisão dos grupos foi estabelecida através de decisões que buscam um maior controle das variáveis presente nos estudos comparativos em ensaios clínicos, com a criação de um grupo controle (Grupo médico) que será o grupo que segue o tratamento reumatológico tradicional do ambulatório de reumatologia da Unifesp, um grupo placebo (Grupo terapêutico) que receberá para além do tratamento reumatológico o acompanhamento psicológico com o uso de *imagery* com as mesmas fraseologias do terceiro grupo (Grupo Hipnose), intervenção com hipnose, que contará também com o suporte reumatológico.

Os integrantes do Grupo Hipnose serão monitorados com um aparelho de eletroencefalograma (EEG), seguindo as recomendações da literatura sobre a colocação dos canais, sua quantidade e seu software de avaliação. Os exames ocorrerão durante a primeira e a última sessão, e serão realizados por um técnico especialista, para buscar correlações entre os resultados da terapia e os resultados do exame.

Os participantes serão randomizados entre os grupos e assinarão o termo de consentimento e responsabilidade do estudo. O número de consultas para todos os grupos será de oito sessões (excluindo a entrevista de seleção), uma por semana (em oito consecutivas) e mais uma última, seis meses após a oitava. Todos deverão responder aos questionários mencionados em três momentos: antes do início da primeira sessão, após a oitava e seis meses depois dessa última. O nível de dor será avaliado, durante todas as sessões, com a Escala Visual Analógica (EVA).

Desta forma, este desenho de metodologia dá a base para os objetivos que a investigação se propõe, para além do natural intercâmbio entre as faculdades e colaboração com a produção científica sobre a hipnose e fibromialgia, ao avaliar as variáveis mais relevantes no quadro geral da qualidade de vida do paciente, os questionários proporcionam a avaliação pontual do processo e estabelece as conexões com o follow-up após o intervalo de tempo sem intervenções e permite análise estatística dos dados.

RESULTADOS

A investigação atualmente está em fase de seleção dos participantes, com entrevistas aos pacientes novos do Ambulatório de Reumatologia da Unifesp. Além de serem

realizados os primeiros testes com o EEG que visam controlar das variáveis entre o técnico, o paciente e o terapeuta, tais como: o movimento involuntário do paciente sob hipnose (que distorce os impulsos dos canais), o ambiente onde é feito o exame para ter o silêncio necessário e ainda todo o posicionamento das pessoas envolvidas no exame.

A seguir do cronograma determinado, espera-se iniciar as sessões no início de março 2014 e terminá-las ao final deste mesmo ano.

DISCUSSÃO

Uma investigação que se propõe a elucidar aspectos relevantes da importância do tratamento com hipnoterapia encontra, desde logo, na fraca produção científica um entrave à sua execução, como refere Ferreira (2011): a imensa maioria dos estudos existentes relacionados com a hipnose não preenche os critérios de Chambless e Hollon recomendados para a execução de trabalhos científicos que possibilitem a prova da eficácia de um tratamento ou resultado. A falta de grupo de controle e um número estatisticamente insignificante de participantes limita a fiabilidade dos resultados na maioria destes artigos.

Também a seleção dos pacientes a integrar este estudo é um desafio, quer estatística como culturalmente. Sendo o ambulatório do hospital público o local onde se procede à seleção dos pacientes, a realidade encontrada reflete o nível sócio cultural dos pacientes. Analfabetismo, distância do local de residência, elevadas cargas horárias e baixos rendimentos são os principais entraves encontrados à participação no estudo. Estes percalços acarretam na incapacidade de preenchimento dos questionários e chega até a impossibilidade de comprar a medicação receitada ou vir as consultas semanalmente.

Assim a cada quatro pacientes entrevistados apenas um preenche os requisitos de inclusão e exclusão, mas que nem sempre este tem a possibilidade ou interesse em participar.

Outro desafio é a padronização das sessões e das técnicas de hipnose para todos no tratamento, uma vez que são inúmeras as técnicas. Num tratamento ideal estas seguiriam a necessidade individual de cada caso, a definir somente no decorrer deste contato, de forma a selecionar quais são as que melhor trabalham a resistência e a sintomatologia de cada paciente. Portanto este cenário ideal para a pesquisa científica é inatingível, e acaba por levantar questões, como na comparação entre o uso de uma técnica de analgesia com uma técnica de tratamento de ansiedade, ou qual sessão é melhor trabalhar qual técnica e, além disso, até a habilidade linguística e oral do terapeuta pode ser colocada em questão por não ser utilizada na investigação a técnica do duplo cego.

O duplo cego, em investigações onde o objeto avaliado é a intervenção psicológica, implica em limitações (como nesta pesquisa) como ressalta Ferreira (2011) onde o terapeuta sabe o que está sendo proporcionado e o paciente também pode saber, e ocorre a diminuição do emprego das habilidades, criatividade e julgamento, pois a técnica é o agente terapêutico ativo por ela mesma e não a relação clínica com o paciente ou o contexto terapêutico. Inclui-se aqui, ainda, a dificuldade de encontrar profissionais com as mesmas formações académicas, interessados em participar de tal investigação.

É no desenho da metodologia que se procura sanar os problemas acima. A definição dos grupos, permite analisar se apenas a medicação com o contato médico mais presente e consequentemente uma maior atenção a ele, já aumentaria a expectativa e a melhora do paciente por si em comparação com um atendimento psicológico especializado, que conta com o uso de *imagery* e realiza basicamente o mesmo procedimento e fraseologia da hipnose, mas sem o uso de indução e aprofundamento característico de uma sessão

de hipnose. Após o término das oito sessões procede-se à avaliação para verificação da variação sintomática no decorrer do tempo.

Neste desenho, o desafio foi estipular um tempo preciso de sessões, onde o número escolhido buscou corroborar com os estudos recentes que utilizam um mínimo de dois meses com sessões semanais. Sabe-se que uma intervenção breve com tempo determinado de início e fim, interfere muito no resultado final de um trabalho, no entanto em uma investigação acadêmica os tempos de trabalho são limitados e nem sempre vão de encontro às necessidades individuais dos pacientes. Após o término do estudo, os pacientes serão encaminhados ao departamento de psicologia da Unifesp, onde poderão ser acompanhados se assim o decidirem.

Outro desafio da metodologia é encaixar os resultados que virão do EEG àqueles dos questionários, já que a intenção aqui é tentar perceber as correlações entre a qualidade, facilidade e a profundidade do transe alcançada em sua relação com o tempo das sessões e com as possíveis melhoras sintomáticas. E ainda perceber, nos pormenores individuais, as áreas de alterações das frequências relacionadas com as estruturas cerebrais que são responsáveis pelos sintomas.

Vale ressaltar que nos outros grupos, a não realização da avaliação por EEG, se deve ao alto custo do exame e a grande necessidade de tempo e pessoal, com dedicação exclusiva, já que cada exame pode durar cerca de três horas entre a preparação o trabalho e a retirada do aparelho.

Por fim, os desafios presentes em uma investigação que tem como objetivo avaliar uma técnica de intervenção psicoterapêutica são inúmeros. E mesmo que muitos defendam a psicologia com uma área de conhecimento não científico, devido à natureza subjetiva e impalpável de seu objeto de estudo, não significa que nos devemos afastar dela, mas pelo contrário, devemos nos apropriar de seus métodos e ferramentas de análise estatística e laboratorial para enriquecer o conhecimento científico geral dentro das áreas humanas que se encontram limítrofes com as áreas biológicas. Sem que, ao mesmo tempo, percamos o foco na estrutura composta em um *setting* de terapia, que envolve o capital humano do terapeuta, as nuances de todas as relações humanas, o poder metamórfico dos sintomas e o grande desafio das resistências.

REFERÊNCIAS

- Apkarian, A., Bushnell, M., Treede, R., & Zubieta, J. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9, 463-84. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.11.001
- Bauer, S. (2002). História da Hipnose. In *Hipnoterapia Ericksoniana passo a passo* (1ª Ed.) (pp. 9-16) Campinas: Editora Livro Pleno.
- Bauer, S. (2010). Modelo da Hipnoterapia Eriksoniana. In S. Bauer (ed.) *Manual de Hipnoterapia Ericksoniana* (1ª Ed.). (pp 45-92). Rio de Janeiro: Editora Wak
- Baghdadi, G., & Nasrabadi, A. (2012). Comparison of different EEG features in estimation of hypnosis susceptibility level. *Computers in Biology and Medicine* 42, 590–59. doi:10.1016/j.compbimed.2012.02.003
- Behbahani, S., & Nasrabadi, A. (2009). Applications of fuzzy similarity index method in processing of hypnosis. *Journal of Biomedical Science and Engineering*, 2, 359-362. doi: 10.4236/jbise.2009.25051
- Bernardy, K., Füber, N., Klose, P., & Häuser, W. (2011). Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12, 1-11. doi: 10.1186/1471-2474-12-133

- De Pascalis, V., Ray, W., Tranquillo, I., & D'Amico, D. (1998). EEG activity and heart rate during recall of emotional events in hypnosis: relationships with hypnotizability and suggestibility. *International Journal of Psychophysiology*, 3, 255-275. doi:10.1016/S0167-8760(98)00009-9
- De Pascalis, V. (1999) Psychophysiological correlates of hypnosis and hypnotic susceptibility. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 117-143. doi: 10.1080/00207149908410026
- Derbyshire, S., Vogt, B., & Jones, A. (1998). Pain and stroop interference task activate separate processing modules in anterior cingulate cortex. *Experimental Brain Research*. 118, 52-60. doi:10.1007/s002210050254
- Derbyshire, S., Whalley, M., Stenger, V., & Oakley, D. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*, 23, 392-401. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.04.033.
- Deivanayagi, S., Manivannan, M., & Fernandez, P. (2007). Spectral analysis of EEG signals during hypnosis. *International Journal of Systemics, Cybernetics and Informatics*, 11, 75-80.
- Faymonville, M., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., ... Laureys, S. (2003) Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Cognitive Brain Research*, 17, 255-262. doi:10.1016/S0926-6410(03)00113-7
- Ferreira, M. (2012). Modelos Conceituais e Natureza da Hipnose. In M Ferreira (Ed.). *Hipnose na Prática Clínica* (2ª Ed.) (pp 5-40) São Paulo: Editora Atheneu.
- Ferreira, M. (2012). Neurofisiologia, Tomografia por meio de positrons, ressonância magnética e hipnose. In M. Ferreira (ed.) *Hipnose na Prática Clínica* (2ª Ed.). (pp. 797-806). São Paulo: Editora Atheneu
- Ferreira, M. (2011). Uma visão crítica da literatura científica em hipnose. In *Hipnose na Prática Clínica* (2ª Ed.). (pp 807-824). São Paulo: Editora Atheneu.
- Finkelkurts, A., Finkelkurts, A., Kallio, S., & Revonsuo, A. (2007). Cortex functional connectivity as a neurophysiological correlate of hypnosis: An EEG case study. *Neuropsychologia*, 45, 1452-1462. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2006.11.018
- Graffin, N., Ray, W., & Lundy, R. (1995). EEG Concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 123-131. doi:10.1037//0021-843X.104.1.123
- Gruzelier, J. (1998). A working model of the neurophysiology of hypnosis. A review of the evidence. *Contemporary Hypnosis*, 15, 3-21. doi:10.1002/ch.112
- Gruzelier, J. (2000). Redefining hypnosis: Theory, methods and integrations. *Contemporary Hypnosis*, 17, 51-70. doi:10.1002/ch.193
- Guyton, A., & Hall, J. (1998). *Fisiologia humana e mecanismo das doenças*. (6ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Häuser, W., Wolfe, F., Tölle, T., Uçeyler, N., & Sommer, C. (2012) The role of antidepressants in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*, 26, 297-307. doi:10.2165/11598970-000000000-00000
- Inanici, F., & Yunus, M. (2004). History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8, 369-378. doi:10.1007/s11916-996-0010-6
- Isotania, T., Tanaka, H., Lehmann, D., Marquie, R., Kochia, K., Saitob, N., Yagyub, T., ... Sasadad, K. (2001). Source localization of EEG activity during hypnotically induced anxiety and relaxation. *International Journal of Psychophysiology*, 41, 143-153 doi: 10.1016/S0167-8760(00)00197-5

- Koulil, S. (2010). *Tailored cognitive behavioral therapy in fibromyalgia*. Tese de Doutorado. Holanda: Universiteit Nijmegen.
- Koulil, S., Lankveld, W., Kraaijmaat, F., Helmond, T., Vedder, A., Hoorn, H.,... Evers, A. (2011). Tailored cognitive-behavioural therapy and exercise training improves the physical fitness of patients with fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 1-3. doi: 10.1136/ard.2010.148577
- Kurtze, N., Gundersen, K., & Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 185-194. doi: 10.1111/j.2044-8341.1998.tb01379.x
- Levin, R., Heresco-Levy, U., Edelman, S., Shapira, H., Ebstein, R., & Lichtenberg, P. (2011). Hypnotizability and sensorimotor gating: A dopaminergic mechanism of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59, 399-405. doi: 10.1080/00207144.2011.594678
- Maeda, A. (2007). *A compreensão do residente médico, em reumatologia, no atendimento ao paciente com fibromialgia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo.
- Marques, A., Santos, A., Assumpção, A., Matsutani, L., Lage, L., & Pereira, C. (2006). Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ); *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46, 24-31. doi:10.1590/S0482-50042006000100006
- Montgomery, H., Duhamel, N., & Reed, H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi: 10.1080/00207140008410045
- Oliveira, P., & Costa, M. (2009). Interrelationships of adults attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1184-1195. doi: 10.1177/1359105309342471.
- Rainville, P. (2002). Brain mechanisms of pain affect and pain modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 12, 195-204. doi: 10.1016/S0959-4388(02)00313-6
- Roizenblatt, S., Salles, N., Neto, R., & Tufik, S. (2011). Sleep disorders and fibromyalgia. *Current Pain Headache Reports*, 15, 347-357. doi: 10.1007/s11916-011-0213-3
- Streeter, M. (2004). Os Pioneiros da Hipnose. In M. Streeter (ed.) *Hipnose: Liberte o Poder da Mente* (1ª Ed.) (pp 8-35). Lisboa: Editora Estampa.
- Thieme, K., Turk, D., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, 66, 837-844. doi: 10.1097/01.psy.0000146329.63158.40
- Thornberry, T., Schaeffer, J., Wright, P., Haley, M., & Kirsh, K. (2007). An exploration of the utility of hypnosis in pain management among rural pain patients. *Palliat Support Care*, 5, 147-52. doi: 10.1017/S1478951507070216
- Velkuru, V., & Colburn, K. (2009). Fibromyalgia. *Primary Care Reports*, 15, 13-24.
- White, K., & Harth, M. (2001). Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, 5, 320-329. doi: 10.1007/s11916-001-0021-2
- Wolfe, F., Smythe, H., Yunus, M., Bennett, M., Bombardier, C., Goldenberg, D., Tugwell, P., ... Sheon, R. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheumatism*, 33, 160-172. doi: 10.1002/art.1780330203
- Wolfe, F., Clauw, D., Fitzcharles, A., Goldenberg, L., Katz, R., Mease, P., Russell, A. ... Yunus, M. (2010). The American College of Rheumatology preliminary

diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Research*, 62, 600-10 doi: 10.1002/acr.20140

BULLYING: IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA E DOS PARES NO COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS EM ADOLESCENTES

Patrícia Gouveia ✉ 1,2, Isabel Leal 1,2 e Cláudia Nunes 2

1-UIPES (Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde); 2-ISPA, Instituto Universitário, Lisboa, Portugal

A adolescência é um período de desenvolvimento particularmente importante para a estruturação de uma base psicologicamente saudável e crucial para o bem-estar do futuro adulto (Wilkinson-Lee, Zhang, Nuno, & Wilhelm, 2011). Durante esta fase, as relações de vinculação do adolescente podem ser de algum modo conturbadas (Nelis & Rae, 2009) uma vez que neste período o adolescente começa a desenvolver relações de vinculação mais próximas com outras figuras, o grupo de pares (Kerns, Tomich & Kim, 2006). É de salientar que a força das relações familiares não diminui, contudo verifica-se um aumento da importância que os amigos têm na vida do adolescente, bem como do tempo que este dedica ao grupo de pares (Gaertner, Fite, & Colder, 2010).

É então na adolescência que os pares desempenham um papel fundamental como agentes de socialização, havendo uma substituição da família por estes novos agentes de socialização. No entanto, esta dita “substituição” não desvaloriza nem tira a importância que a família tem para os adolescentes (Kendrick, Jutengren, & Stattin, 2012). A qualidade da relação que estes estabelecem com os seus pais irá ser essencial e repercutir-se-á nas relações que os jovens irão desenvolver com outras pessoas, nomeadamente com os pares. Quer isto dizer, que uma relação de qualidade com as figuras parentais prediz uma maior aproximação e satisfação na relação com os pares (Dekovic & Meeus, 1997; Kendrick, et al. 2012).

Uma dificuldade que se coloca é tentar perceber a intensidade destas novas relações, uma vez que podem apresentar-se ora intensas e bastantes influentes, ora superficiais e transitórias (Wilkinson, 2010). A sua qualidade dessas experiências no seio destas relações não tem um carácter linear. O que acontece geralmente na interacção entre os pares é que é permitido ao adolescente ter oportunidades de experiências positivas, como partilhar as suas preocupações e sentimentos (Kendrick, et al., 2012) e desenvolver competências sócio-emocionais como a empatia e comportamentos pró-sociais (Laible, 2007). Por outro lado, a interacção com os pares pode também ser negativa quando é exercida pressão e influência sobre os adolescentes para que estes tenham determinados comportamentos que lhe garantam a continuidade no grupo de pares (Goldweber, Waasdorp, & Bradshaw, 2013).

Hartung, Little, Allen e Page (2011) referem que, de acordo com Olweus (1993), o comportamento agressivo de continuidade designado por Bullying (referido na literatura portuguesa como comportamento de intimidação) se define como um problema onde

✉ - Patrícia Gouveia, Rua Agatão Lança n.º 40 1.º esquerdo, 2815-741 Sobreda, Mail: pgouveia@ispa.pt

existe uma exposição repetida a acções negativas, tais como agressões físicas ou verbais, por um ou mais indivíduos, existindo um desequilíbrio de poder entre os elementos envolvidos neste comportamento. Este desequilíbrio de poder pode ser físico ou social. O bullying directo inclui a agressão física (e.g. bater ou empurrar) e agressão verbal (e.g. chamar nomes, gritar ou acusar). O bullying indirecto ou agressão relacional, inclui a promoção do isolamento social causando sofrimento emocional, exclusão grupal ou manipulação dos relacionamentos.

Todavia, a literatura tem atribuído um maior enfoque apenas a três intervenientes nomeadamente, os bullies, ou agressores, as vítimas e os *bully-victims*, ou seja, os agressores-vítimas. Focando os agressores, estes são caracterizados como sendo mais agressivos, dominantes (Olweus, 1994) e impulsivos e tendem a ser pró-activos orientando a sua agressão para determinadas metas (Unnever, 2005). Segundo Brank et al. (2012), a impulsividade, a hiperactividade e pouca empatia são alguns factores que podem também caracterizar os agressores. Contrariamente ao que seria de esperar há elementos que inicialmente poderiam ser considerados como protetores face a estes comportamentos, mas de alguma maneira podem também acarretar determinados riscos, como é caso das competências de liderança.

Mas o que é que fará com que um adolescente se envolva em comportamentos de bullying e se torne um agressor? Qual será a sua motivação? O bullying normalmente ocorre num contexto grupal, envolve muitas vezes mais do que um agressor e tem uma importante influência dos pares nestes acontecimentos (Sigfusdottir, Gudjonsson, & Sigurdsson, 2010). Durante a adolescência a importância extrema dada aos pares e ao estatuto social pode contribuir para o aumento dos comportamentos de bullying (Waasdorp, Bradshaw, & Leaf, 2012). Desta forma, este comportamento é um acto agressivo onde o agressor ou um grupo de agressores abusam da sua posição para intimidar ou magoar outros sujeitos (Craig & Pepler, 2007).

A questão do bullying é algo cada vez mais recorrente nas escolas, embora não ocorra única e simplesmente neste contexto, e a investigação tem mostrado que esta temática merece uma especial atenção devido às suas consequências que podem ser duradouras (Brank et al., 2012). Desta forma, é necessário uma maior preocupação por parte de todos os contextos que lhe estão subjacentes. Os jovens, os pais, os amigos, os professores e a comunidade escolar devem estar atentos e em alerta devido às consequências da prática do bullying. As consequências reflectem-se nos jovens agressores e nas vítimas (Sigfusdottir et al., 2010), mas também em todos os grupos que estão envolvidos nestes comportamentos, e que sofrem ao nível emocional (Meland, Rydning, Lobben, Breidablik, & Ekeland, 2010). Entre as consequências desta prática estão problemas ao nível do desenvolvimento e saúde mental (Sigfusdottir et al., 2010), bem-estar físico e psicológico, baixa auto-estima, problemas escolares, ansiedade e depressão (Frisén, Hasselblad, & Holmqvist, 2012), sendo que ao nível comportamental, futuramente, este comportamento pode ser associado a uma maior delinquência e criminalidade (Sigfusdottir et al., 2010).

Assim, o bullying é um tipo de comportamento que compreende inúmeras consequências para os seus intervenientes, contudo nem todos os jovens sofrem com a mesma intensidade (Brank et al., 2012). De acordo com estes autores, o suporte que os adolescentes recebem por parte dos seus familiares e amigos é um factor preponderante que pode ajudar a minimizar as consequências do bullying. Um dos aspectos importantes que pode diferenciar os agressores e as vítimas das restantes crianças que não estão envolvidas em bullying é a quantidade de suporte social que procuram e que recebem (Conners-Burrow, et al., 2009). Conforme algumas investigações, o suporte sócio-familiar surge como um factor importante para amenizar os problemas que

afectam os adolescentes, nomeadamente as consequências dos comportamentos de bullying (Brank et al., 2012). De acordo com Gaertner, Fite e Colder (2010) quando um jovem tem uma baixa percepção do suporte parental tende a visualizar os amigos como uma fonte de suporte a quem pode recorrer. Ou seja, é como se as relações de amizade conseguissem colmatar as falhas das relações dos jovens com os seus pais. Assim, a qualidade das relações de amizade pode atenuar os problemas sentidos pelos jovens quando existem dificuldades nas relações pais/filhos (Lansford, Criss, Pettit, Dodge, & Bates, 2003). A relação com os amigos surge então como um importante fator no ajustamento na adolescência, uma vez que as relações de amizade próxima e sentimentos de suporte podem amenizar os sentimentos de angústia dos adolescentes (Nelis & Rae, 2009).

Na adolescência, as amizades sentidas como fonte de suporte social estão relacionadas com níveis mais elevados de bem-estar psico-social e níveis mais baixos de agressividade para com os colegas. Contudo, a percepção do suporte social dos amigos não é linear ao longo do tempo. No início da adolescência os jovens consideram haver um maior número de conflitos mas, ao mesmo tempo, sentem-se mais apoiados por parte dos seus amigos, em comparação com os jovens que se encontram no final da adolescência (Rabaglietti & Ciairano, 2008). Segundo estes autores, o grupo de pares surge como um contexto relacional privilegiado no início da adolescência ao passo que, no final os relacionamentos românticos podem assumir uma posição de destaque.

Embora se verifique uma diminuição da percepção do suporte social da família e dos amigos ao longo do tempo, verifica-se mesmo assim que as raparigas têm uma maior percepção de suporte social proveniente de professores, colegas de turma, e amigos próximos, em comparação com os rapazes. Em suma, a literatura tem evidenciado que o suporte social está associado ao desenvolvimento de sentimentos de bem-estar, contudo a sua inexistência encontra-se correlacionada a consequências negativas, como o envolvimento no bullying (Demaray & Malecki, 2003). Deste modo, este estudo tem como principal objectivo analisar a relação entre a percepção que os jovens têm do seu suporte familiar e social e os diferentes tipos de comportamentos agressivos.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 286 sujeitos (154 do sexo feminino, o que corresponde a 54% dos jovens, e 132 do sexo masculino, correspondendo a 46% dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 21 anos, com média de idades de 16 anos ($M = 15,60$), agrupados por 3 faixas etárias (12 a 14 anos; 15 a 16 anos; 17 em diante). Em relação à variável Raça, verificámos que 91,6% dos participantes era de raça caucasiana e 2,8% afirmaram ser de outras raças, nomeadamente de raça negra. Dos sujeitos em estudo, 187 (65,4%) frequentavam o Ensino Secundário, e 99 (34,6 %) o 3º Ciclo. A maioria dos adolescentes frequentavam o 12º ano de escolaridade (31,5 %) e 18,2% frequentavam o 7º ano e o 11º ano.

Material

Para esta investigação, foram seleccionados e aplicados 4 Questionários: o Questionário Sócio-Demográfico, criado com o objectivo de efectuar uma recolha de dados relevantes para a realização desta investigação, tendo sido o primeiro instrumento a ser aplicado; a Escala de Auto-Avaliação da Agressão (Little, Jones, Henrich, & Hawley, 2003, versão experimental da adaptação Portuguesa de Gouveia, Leal & Cardoso 2011), os dados estão ainda a ser trabalhados para validação, fazendo parte de

um trabalho de Doutoramento. A escala original é composta por 36 itens que separa as formas gerais e as funções específicas que o comportamento agressivo pode adoptar. As repostas podem variar entre 1 (não é verdade), 2 (às vezes é verdade), 3 (verdade) e 4 (completamente verdade); a Escala de Percepção de Suporte Social da Família (PSS-Fa; versão experimental de Gouveia, Leal, Cardoso, Sangalhos & Nunes, 2013), utilizada para avaliar a percepção que os adolescentes têm do apoio da família, com três possibilidades de resposta (Sim, Não e Não Sei) sendo composta por 20 itens e, a Escala de Percepção de Suporte Social dos Amigos (PSS- Fr; versão experimental de Gouveia, et al. 2013), que avalia a percepção que os adolescentes têm do apoio que recebem ao nível social, numa escala de Likert (1-discordo totalmente; 5-concordo totalmente), composta por 20 itens.

Procedimento

A amostra foi recolhida entre os meses de Março e Maio de 2013. A aplicação foi realizada mediante a autorização dos encarregados de educação. Os dados deste estudo foram tratados através do programa estatístico SPSS base 21.0.

RESULTADOS

Da análise da relação de causalidade entre a percepção que os adolescentes têm do apoio dos pais e o desenvolvimento de comportamentos agressivos foi possível verificar que a agressividade directa (Forma Pura) foi explicada em 1,7% pela Percepção de Suporte Social da Família (ANOVA; $F=5,72$, $\beta=-0,14$) apresentando uma associação negativa. Por sua vez, a agressividade directa instrumental foi explicada em 1,8% pela Percepção de Suporte Social da Família (ANOVA; $F=6,24$, $\beta=-0,14$), apresentando também uma associação negativa. Verificou-se ainda que a agressividade relacional (Forma Pura) explica em 1,6% a Percepção de Suporte Social da Família (ANOVA; $F=5,50$, $\beta=-0,13$), apresentando, à semelhança das anteriores, uma associação negativa. A agressividade relacional instrumental foi explicada em 1,2% pela Percepção de Suporte Social da Família (ANOVA; $F=4,52$, $\beta=-0,12$), apresentando uma associação negativa. Assim, verificámos que à medida que aumenta a percepção do suporte familiar verifica-se uma redução da agressividade directa (forma pura), da agressividade directa instrumental, da agressividade relacional (forma pura) e da agressividade relacional instrumental. Nem a agressividade directa reactiva, nem a agressividade relacional reactiva foram explicadas pela Percepção de Suporte Social da Família (ANOVA F ; $p<0,05$). Não verificámos diferenças significativas entre os sexos ao nível do suporte familiar.

Identificámos diferenças significativas entre os sexos, para a escala da agressividade no que concerne às subescalas Agressividade Directa - Forma Pura [(test $t=-4,57$; $g.l.=176,422$; $p=0,0001$), em que os alunos do sexo masculino ($M=7,88$) manifestaram um nível de agressividade directa (forma pura) maior do que as alunas do sexo feminino ($M=6,65$)]; Agressividade Directa Reactiva [(test $t=-3,54$; $g.l.=222,619$; $p=0,0001$), tendo os alunos do sexo masculino ($M=9,97$) manifestado um nível de agressividade directa reactiva maior que as alunas do sexo feminino ($M=8,47$)]; Agressividade Directa Instrumental [(test $t=-3,00$; $g.l.=149,33$; $p=0,003$), os alunos do sexo masculino ($M=7,16$) manifestaram um nível de agressão superior ao das alunas do sexo feminino ($M=6,23$)]; Agressividade Relacional - Forma Pura [(test $t=-2,77$; $g.l.=177,64$; $p=0,00$), os alunos do sexo masculino ($M=7,73$) tendem a manifestar um nível de agressão maior que as alunas do sexo feminino ($M=6,86$)]; Agressividade Relacional Reactiva [(test $t=-3,0$; $g.l.=226,86$; $p=0,003$), os alunos do sexo masculino ($M=8,96$) manifestaram um nível de agressão superior ao das alunas do sexo feminino ($M=7,88$)]

e Agressividade Relacional Instrumental [(test t-teste; $t=-3,10$; $g.l.= 142,12$; $p=0,002$), os alunos do sexo masculino ($M=7,09$) apresentaram um nível de agressão maior ao das alunas do sexo feminino ($M=6,21$)].

Apurou-se ainda que quando o suporte social dos amigos aumenta, diminui a Agressividade Direta (Forma Pura) (Spearman; $\rho=-0,19$; $p=0,001$), a Agressividade Relacional (Forma Pura) (Spearman; $\rho=-0,16$; $p=0,007$), a Agressividade Relacional Instrumental (Spearman; $\rho=-0,20$; $p=0,001$) e a Agressividade Directa Instrumental (Spearman; $\rho=-0,21$; $p=0,0001$). Quer isto dizer que, quando aumenta a percepção que os jovens têm do seu suporte social, diminui por sua vez, os diferentes tipos de comportamentos agressivos.

No que concerne à relação de causalidade entre a percepção do suporte dos amigos e o desenvolvimento de comportamentos agressivos, verificou-se que a agressividade directa (Forma Pura) foi explicada em 3,1% pela Percepção de Suporte Social dos Amigos (ANOVA; $F=9,43$), apresentando uma associação negativa ($\beta=-0,18$). No que diz respeito à agressividade directa instrumental, esta foi explicada em 3% pela Percepção de Suporte Social dos Amigos (ANOVA; $F=9,24$), apresentando assim uma associação negativa ($\beta=-0,18$). Verificou-se ainda que a agressividade relacional (Forma Pura) foi explicada em 2,9% pela Percepção de Suporte Social dos Amigos (ANOVA; $F=9,08$), apresentando também uma associação negativa ($\beta=-0,18$). Por sua vez, a agressividade relacional instrumental foi explicada em 2,5% pela Percepção de Suporte Social dos Amigos (ANOVA; $F=7,90$), apresentando à semelhança das anteriores uma associação negativa ($\beta=-0,17$). Foi ainda possível constatar que as formas de agressividade supracitadas apresentaram uma associação negativa, ou seja, à medida que aumentava a percepção do suporte social verificou-se uma diminuição da agressividade directa (forma pura), da agressividade directa instrumental, da agressividade relacional (forma pura) e da agressividade relacional instrumental. Nem a agressividade directa reactiva, nem a agressividade relacional reactiva foram explicadas pela Percepção de Suporte Social dos Amigos. Foi possível observar diferenças significativas entre os sexos no que se refere à percepção do suporte social dos amigos (test $t=5,20$; $g.l.= 229,08$; $p=0,0001$). As inquiridas do sexo feminino, tendem a ter uma percepção do suporte social dos amigos ($M = 80,19$) maior à que a dos inquiridos do sexo masculino ($M = 72,95$).

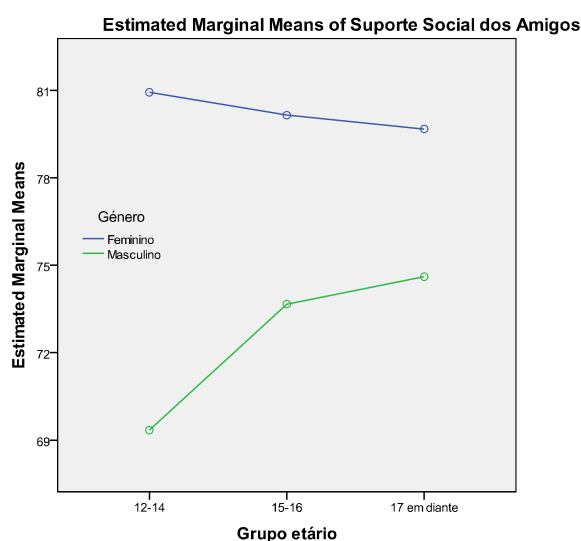


Figura 1. Representação Gráfica do Efeito de Interação entre o Sexo e a Idade na PSSAmigos

Não se verificaram diferenças significativas entre faixas etárias ao nível da percepção do suporte social dos amigos. Contudo, ao explorarmos o efeito de interacção entre o sexo e a idade na percepção do suporte social dos amigos, apurámos que para as raparigas a percepção de Suporte Social dos Amigos se mantém estável, descendo muito ligeiramente com a idade. Contrariamente ao que acontece com as raparigas, para os rapazes a percepção de Suporte Social dos Amigos vai aumentando acentuadamente à medida que a idade também aumenta, tal como podemos observar na figura 1.

DISCUSSÃO

Os nossos resultados encontraram uma fraca associação entre a percepção do suporte familiar e o desenvolvimento de comportamentos agressivos. Contrariamente, a percepção do suporte social dos amigos encontra-se negativamente associada ao desenvolvimento deste tipo de comportamento. Isto é, quanto maior é a percepção que os adolescentes têm do suporte que recebem por parte dos amigos, menor é o desenvolvimento dos diferentes tipos de comportamentos agressivos.

Não obstante estes dados vêm ao encontro das transformações que ocorrem na adolescência ao nível das relações sociais, e reforçam a importância que os amigos têm nesta fase do ciclo vital. Como já referido, é na adolescência que os pares desempenham um papel fundamental como agentes de socialização (Kendrick et al., 2012). Por sua vez, a importância atribuída aos amigos nesta fase, não retira o papel que a família desempenha e a importância que esta tem para os adolescentes. Segundo Seed et al. (2010), quer os amigos, quer a família têm um papel preponderante e são uma fonte importante de suporte social, o que permite ao adolescente saber o quanto é acarinhado e estimado pelos outros. O suporte social está associado ao desenvolvimento de sentimentos de bem-estar (Demaray & Malecki, 2003) e, segundo Brank et al. (2012), o suporte que os jovens recebem por parte dos familiares e amigos é um factor preponderante que pode ajudar a minimizar as consequências do bullying. Por sua, a inexistência deste suporte encontra-se associada a consequências negativas, como o envolvimento neste tipo de comportamentos (Demaray & Malecki, 2003).

Embora, os adolescentes atribuam nesta fase do desenvolvimento uma grande importância aos amigos, existem diferenças nas relações de amizade entre rapazes e raparigas. Ou seja, o início da adolescência nos rapazes é marcado por relações de amizade de pouca qualidade em comparação com as raparigas, embora no final da adolescência esta discrepância não seja tão evidente (Way & Greene, 2006). As práticas de socialização podem ajudar a explicar estas diferenças, uma vez que, tendem a enfatizar a importância das relações interpessoais nas raparigas (Gilligan, 1982), e, no rapazes, enfatizam o papel da autonomia e da individuação (Kimmel, 2004, cit. por Way & Greene, 2006), o que reforça a ideia de que as raparigas podem adquirir capacidades sócio-cognitivas, necessárias para fortalecer uma amizade, mais cedo do que os rapazes (Way & Greene, 2006). Desta forma, a percepção do suporte social dos amigos não é, para rapazes e raparigas, igual ao longo do tempo. Para as raparigas a percepção deste suporte mantém-se ao longo do tempo, descendo ligeiramente com a idade. Pelo contrário, para os rapazes a percepção do suporte social dos amigos vai aumentando acentuadamente à medida que a idade também aumenta. Isto significa que, no início da adolescência, os rapazes não valorizam tanto a amizade, como referido anteriormente, o que pode estar associado aos elevados níveis de agressividade física em idades mais novas e que coincide ao que Baldry e Farrington (2000) afirmam, que os bullies são identificados como sendo rapazes de idades inferiores. Contrariamente, para as raparigas, a ligeira descida na percepção do suporte social dos amigos ao longo do

tempo sugere que, as adolescentes mais velhas investem mais nos relacionamentos amorosos do que nas relações de amizade (Smith et al., 2010). Este investimento está assim relacionado com o aumento da agressão relacional, uma vez que, segundo estes autores, as raparigas utilizam este tipo de agressão para conseguirem chegar mais facilmente ao contacto com os rapazes e, desta forma, ganharem estatuto perante estes.

As diferenças nas formas de agressão utilizadas por rapazes e raparigas não significa que uns sejam mais agressivos do que os outros. Ou seja, o facto de os rapazes serem associados a um tipo de agressão mais físico não permite afirmar que sejam mais agressivos do que as raparigas. Isto porque, o tipo relacional utilizado por estas, sendo mais subtil do que a agressão física, acaba por ser mais difícil de identificar (Neto, 2005).

Em suma, torna-se urgente prever e prevenir estes tipos de comportamentos tendo em conta todos os contextos em que os adolescentes estão inseridos, uma vez que, de uma forma ou de outra, julgamos que todos podem ter um contributo nestas situações. Amigos, comunidade, família, escola, todos têm a obrigação de intervir, uma vez que não se trata de um problema com uma causa isolada. Desta forma, consideramos que seria importante que investigações futuras explorassem a eficácia de projectos de intervenção direccionados para os pares e/ou para os pais, uma vez que julgamos ter demonstrado a pertinência das relações com os familiares e com os amigos para o desenvolvimento de comportamentos agressivos. Consideramos ainda importante que estes projectos de intervenção fossem orientados para a gestão de conflitos e gestão emocional em idades mais novas, uma vez que observámos que os níveis de agressividade são maiores nestas idades e, desta forma, os bullies são identificados como sendo adolescentes de idades inferiores.

REFERÊNCIAS

- Baldry, A. C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and Delinquents: Personal Characteristics and Parental Styles. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10, 17-31. doi:org/10.1002/(SICI)1099-1298(200001/02)10:1%3C17::AID-CASP526%3E3.0.CO;2-M
- Brank, E., Hoetger, L., & Hazen, K. (2012). Bullying. *Annual Review of Law and Social Science*, 8, 213-230. doi: 10.1146/annurev-lawsocsci-102811-173820
- Conners-Burrow, N., Johnson, D., Whiteside-Mansell, L., McKelvey, L., & Gargus, R. (2009). Adults Matter: Protecting Children From the Negative Impacts of Bullying. *Psychology in the Schools*, 46, 593-604. doi: 10.1002/pits.20400
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2007). Understanding Bullying: From Research to Practice. *Canadian Psychology*, 48, 86-93. doi:10.1037/cp2007010
- Demaray, M., & Malecki, C. (2003). Perceptions of the Frequency and Importance of Social Support by Students Classified as Victims, Bullies, and Bully/Victims in an Urban Middle School. *School Psychology Review*, 32, 471-489.
- Frisén, A., Hasselblad, T., & Holmqvist, K. (2012). What actually makes bullying stop? Reports from former victims. *Journal of Adolescence*, 35, 981-990. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.02.001
- Gaertner, A., Fite, P. & Colder, C. (2010). Parenting and Friendship Quality as Predictors of Internalizing and Externalizing Symptoms in Early Adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 101-108. doi: 10.1007/s10826-009-9289-3
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Goldweber, A., Waasdorp, T. E. & Bradshaw, C. P. (2013). Examining Associations Between Race, Urbanicity, and Patterns of Bullying Involvement. *Journal Youth Adolescence*, 42, 206-219. doi:10.1007/s10964-012-9843-y
- Hartung, C. M., Little, C. S., Allen, E. K. & Page, M. C. (2011). A Psychometric Comparison of Two Self-Report Measures of Bullying and Victimization: Differences by sex and grade. *School Mental Health*, 3, 44-57. doi:org/10.1007/s12310-010-9046-1
- Kendrick, K., Jutengren, G., & Stattin, H. (2012). The protective role of supportive friends against bullying perpetration and victimization. *Journal of Adolescence*, 35, 1069-1080. doi:10.1016/j.adolescence.2012.02.014
- Kerns, K., Tomich, P., & Kim, P. (2006). Normative Trends in Children's Perceptions of Availability and Utilization of Attachment Figures in Middle Childhood. *Social Development*, 15, 1-22. doi:org/10.1111/j.1467-9507.2006.00327.x
- Kopperman, D. J. (2007). *Peer Support as a Predictor of College Adjustment in Students of Mexican-Origin*. Doctoral Dissertation, Faculty of the Graduate School of the University of Texas, Austin.
- Laible, D. (2007). Attachment with parents and peers in late adolescence: Links with emotional competence and social behavior. *Personality and Individual Differences*, 43, 1185-1197. doi: 10.1016/j.paid.2007.03.010
- Lansford, J. E., Criss, M. M., Pettit, G. S., Dodge, K. A., & Bates, J. E. (2003). Friendship quality, peer group affiliation, and peer antisocial behavior as moderators of the link between negative parenting and adolescent externalizing behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 161-184.
- Little, T., Henrich, C., Jones, S. & Hawley, P. (2003). Disentangling the “whys” from the “whats” of aggressive behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 122-133. doi:10.1080/01650250244000128
- Meland, E., Rydning, J. H., Lobben, S., Breidablik, H., & Ekeland, T. (2010). Emotional, self-conceptual, and relational characteristics of bullies and the bullied. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 359-367. doi:10.1177/1403494810364563
- Nelis, S., & Rae, G. (2009). Peer attachment in adolescents. *Journal of Adolescence*, 32, 443-447. doi:10.1016/j.adolescence.2008.03.006
- Neto, A. (2005). Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, 81, 164-172.
- Olweus, D. (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1171-1190.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of Perceived Social Support From Friends and From Family: Three Validation Studies. *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24. doi:10.1007/BF00898416
- Rabaglietti, E., & Ciairano, S. (2008). Quality of friendship relationships and developmental tasks in adolescence. *Cognition, Brain, Behavior*, 12, 183-203.
- Seeds, P. M., Harkness, K. L., & Quilty, L. C. (2010). Parental Maltreatment, Bullying and Adolescent Depression: Evidence for the Mediating Role of Perceived Social Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 681-692. doi: 10.1080/15374416.2010.501289
- Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2010). Bullying and delinquency. The mediating role of anger. *Personality and Individual Differences*, 48, 391-396. doi: 10.1016/j.paid.2009.10.034

- Smith, R., Rose, A. & Schwartz-Mette, R. (2010). Relational and Overt Aggression in Childhood and Adolescence: Clarifying Mean-level Gender Differences and Associations with Peer Acceptance. *Social Development*, 19, 243-269. doi: 10.1111/j.1467-9507.2009.00541.x
- Unnever, J. (2005). Bullies, aggressive victims, and victims: Are they distinct groups? *Aggressive Behavior*, 31, 153-171. doi: 10.1002/ab.20083
- Waasdorp, T. E., Bradshaw, C. P. & Leaf, P. J. (2012). The Impact of Schoolwide Positive Behavioral Interventions and Supports on Bullying and Peer Rejection. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166, 149-156. doi:org/10.1001/archpediatrics.2011.755
- Way, N., & Greene, M. (2006). Trajectories of Perceived Friendship Quality During Adolescence: The Patterns and Contextual Predictors. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 293-320. doi:org/10.1111/j.1532-7795.2006.00133.x
- Wilkinson, R. (2010). Best friend attachment versus peer attachment in the prediction of adolescent psychological adjustment. *Journal of Adolescence*, 33, 709-717. doi:10.1016/j.adolescence.2009.10.013
- Wilkinson-Lee, A. M., Zhang, Q., Nuno, V. L. & Wilhelm, M. S. (2011). Adolescent Emotional Distress: The role of family obligations and school connectedness. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 221-230. doi:org/10.1007/s10964-009-9494-9

O PEQUENO PRÍNCIPE: RELATO DE UM CASO CLÍNICO

Fabiana Matioda de Araujo , Fernanda Almeida Pedroza, e Cloves Amorim

Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUC-PR, Curitiba, Brasil

A infância é uma etapa fundamental do processo evolutivo onde a criança se encontra em profundo desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Dessa forma pondera-se o momento ideal para intervenção. Segundo Baer (cit. in Haydu, Souza & Org., 2012), a Análise Aplicada do Comportamento deve buscar uma solução dos problemas imediatos dos seres humanos. Com base em metodologia científica e procedimentos derivados, o pesquisador deve descrever os processos de comportamentos socialmente relevantes, o que é feito em ambientes naturais. Essa análise deve ser eficaz, durável e apresentar generalidade.

Completando esse raciocínio, Moore e Cooper (cit. in Haydu et al., 2012) articulam que a Análise Aplicada do Comportamento é feita em ambiente social atual, àquele que é vivenciado pelo participante, que existe a necessidade de ser conceitualmente sistemática. O pesquisador deve demonstrar interesse em desenvolver tecnologia e em estabelecer validade social dos métodos e resultados da investigação. A principal função da Análise Aplicada do Comportamento é, assim como a da Análise Experimental do Comportamento, descobrir ou integrar conhecimentos e então disseminá-los.

Sendo assim, este artigo busca elucidar a teoria da Análise Aplicada do Comportamento com a prática no contexto escolar de um CMEI (Centro Municipal de Educação Infantil), localizado na cidade de Curitiba – Paraná – Brasil. A queixa relatada pela equipe pedagógica deste CMEI foi sobre os problemas de habilidades sociais, déficit de linguagem, “birra” e falta de limites de uma criança de quatro anos, a quem chamaremos de Luís Felipe. Frente a esta demanda foi realizada uma observação inicial com o intuito de realizar uma linha de base dos comportamentos de Luís Felipe. A observação é uma excelente ferramenta de diagnóstico e possibilita, ainda, identificar as contingências de reforçamento (CR), ambos, diagnóstico e CR, premissas para a introdução de favoráveis ao desenvolvimento das crianças (Amorim, Araujo, & Pedroza, 2013). Em seguida iniciou-se a intervenção pela estagiária de Psicologia, durante um ano letivo, com encontros semanais de 40 minutos com a criança.

O desenvolvimento de Luís Felipe será observado pela visão da análise do comportamento. Bijou e Baer (cit. in Gehm, 2013) descrevem a concepção de desenvolvimento para a análise do comportamento como uma visão de ciência natural, sendo entendida como aquela que estuda qualquer fenômeno natural, derivando seus conhecimentos de eventos observáveis a olho nu ou por meio de instrumentos.

 - Fabiana Matioda de Araujo, Lamenha Lins, 212, ap 1502 CEP: 80250020 Curitiba – Paraná – Brasil. E-mail: fab.araujo@hotmail.com

De acordo com Bijou e Baer (cit. In Gehm, 2013), o desenvolvimento é definido como mudanças progressivas na interação entre o comportamento de um sujeito e seu ambiente. As interações entre eles são consideradas interdependentes e contínuas. Aquilo que o sujeito faz altera aspectos do ambiente e este, por sua vez, retroage sobre as ações do organismo, desta forma o desenvolvimento implica em uma bidirecionalidade de controle entre organismo e ambiente (Vasconcelos, Naves & Ávila, cit. in Gehm, 2013). É na primeira infância que os principais vínculos, assim com os cuidados e estímulos ao crescimento e desenvolvimento, são fornecidos pela família ou agentes sociais substitutos. A qualidade dos cuidados, nos aspectos físicos e afetivo-social, decorre de condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas quanto psicossociais (Andrade, et al., 2005).

A interação da criança com o adulto ou com outras crianças é um dos principais elementos para uma estimulação adequada no espaço familiar. Os processos proximais são importantes mecanismos constituintes dessa interação, contribuindo para que a criança desenvolva sua percepção, controle e dirija seus comportamentos. Com isso adquire conhecimentos e habilidade, estabelecendo relações e construindo seu próprio ambiente físico e social (Andrade, et al., 2005). A família é a ponte que possibilita a socialização da criança e essa, é um elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. E é no ambiente familiar que a criança tanto pode receber proteção, quanto conviver com riscos para seu desenvolvimento. Os principais fatores de risco encontrados são: o baixo nível socioeconômico e a fragilidade nos vínculos familiares, podendo resultar em prejuízos para a solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais (Andrade, et al., 2005). A escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária (Andrade, et al., 2005). Esse fator pode ser visto na vida de Luís Felipe, pois sua bisavó, que cumpriu esse papel materno, é analfabeta, fato que nos permitiu aventar a hipótese da insuficiência na estimulação do bisneto.

Pacificado que a estimulação da criança é indispensável ao desenvolvimento infantil favorável, este artigo pretende abordar uma experiência onde o incremento de estímulos reduziu os déficits anteriormente observados.

MÉTODO

Participante

Luís Felipe é uma criança do sexo masculino, que atualmente está com quatro anos. Durante uma investigação inicial constatou-se que Luís Felipe é filho de uma mãe muito jovem, hoje com 18 anos, dependente química e que, segundo a bisavó, não tinha condições de cuidar do menino, de maneira que ficou sob cuidados da bisavó, de 82 anos, com quem está até o momento.

A presença da mãe na vida de Luís Felipe é instável, tem constantes desaparecimentos. Quando a mesma está em casa muda à rotina do menino, segundo a bisavó. No relato da escola essa falta de rotina atrapalha seu rendimento escolar; o menino chega ao CMEI com sono.

A vida financeira da família é precária, vivem da reciclagem do lixo, de maneira que os estímulos disponibilizados a Luís Felipe são escassos pela vulnerabilidade socioeconômica e o analfabetismo por parte da bisavó. O menino frequenta o CMEI há dois anos, o que nos sugere que ele tem sido exposto a uma frequência maior de

estímulos neste período. Luís Felipe também recebeu mais estímulos nos atendimentos individuais com a estagiária de Psicologia durante este último ano.

Nas primeiras observações, foram identificados baixa tolerância à frustração, déficits no repertório social e no vocabulário de Luís Felipe. Seu comportamento inadequado, por exemplo, o choro como forma de comunicação, era reforçado pela educadora e seus colegas, sempre que, por meio de tentativas buscavam, com sucesso, adivinhar o que ele queria. A partir daí foi estabelecida a intervenção com propósito de modificar os comportamentos inadequados de Luís Felipe.

Material

Lápis de cor, lápis de escrever, canetinhas, giz de cera, adesivos, balões, folhas coloridas, o livro “Primeiro livro da criança sobre psicoterapia”²³, miniaturas de animais da fazenda, de índios, de árvores, carrinhos, celular de brinquedo, máscaras de fantasia, blocos de encaixe, materiais adaptados para Luís Felipe, espelho, atividades, jogos lúdicos como memória, dominó, quebra-cabeça, etc. e uma pasta para guardar as produções de Luís Felipe durante os encontros.

Procedimento

Local: Sala da Pedagoga no CMEI, Curitiba – Paraná – Brasil.

- Observação em sala de aula para iniciar a investigação da linha de base, durante uma hora.
- Encontros semanais de 40 minutos, durante um ano letivo.
- Ambiente não punitivo, postura empática e compreensiva, aceitação, reforço positivo, explicar regras e limites na altura de Luís Felipe e em tom de voz baixo, fazendo assim a atenção deste se voltar para o que a estagiária estava falando.
- Ludoterapia Comportamental

RESULTADOS

Durante o período de um ano letivo, totalizando aproximadamente 40 sessões, as intervenções com Luís Felipe tiveram os seguintes resultados: instalação de novos comportamentos, tais como: o de seguir regras e instruções; aumento da empatia e resistência à frustração; diminuição da agressividade; redução de comportamentos de fuga e esquiva. Esses resultados foram alcançados por meio dos procedimentos de fading in (aumento gradual da exigência) e fading out (remoção gradual da ajuda) para instalação de novos repertórios em sessão (Queiroz, 2013).

Os encontros seguiram com evoluções no relacionamento entre a estagiária e a criança. Houve aumento no repertório da comunicação oral, desde respostas simples como “sim” e “não”, até elaboração de histórias mais complexas, ainda que, com dificuldades na narrativa. Luís Felipe demonstrou ter um vocabulário muito limitado não sabendo, por exemplo, nomear algumas partes do corpo, como olho e orelha, nem nomear algumas frutas: melancia; morango e maçã, que fazem parte do seu cotidiano. Com as atividades realizadas Luís Felipe adquiriu o conhecimento das palavras e demonstrou ter ótima memória, pois lembrava o que tinha aprendido nas semanas anteriores.

Quanto às regras e limites, Luís Felipe seguia o que lhe era solicitado em sessão. Quando apareciam situações de agressividade e raiva nas brincadeiras, aplicava-se o método da modelação, afim de mostrar outros repertórios na lida com o sentimento de raiva. Esta experiência se mostrou efetiva, pois tanto a pedagoga quanto a professora, relataram ter havido uma melhora significativa no relacionamento de Luís Felipe com seus colegas e diminuição da “birra”. Constatamos também, através do relato das

²³ Primeiro livro da criança sobre psicoterapia – Marc A. Nemiroff & Jane Amnuziata, 1995.

mesmas, outros resultados que envolveram a ampliação do repertório para situações de frustração, maior percepção de si e do outro e maior respeito aos limites.

Luís Felipe tem grande assiduidade na escola, falta apenas em caso de doença. Sua higiene pessoal é bem cuidada, sempre está com as unhas e os cabelos cortados e roupas limpas. Durante os encontros observou-se que Luís Felipe lava sempre as mãos, demonstrando ser asseado.

DISCUSSÃO

No primeiro dia de intervenção foi explicado para Luís Felipe como seria o funcionamento dos encontros e porque algumas crianças fazem terapia: de acordo com Moura e Venturelli (2004), este seria o primeiro passo na terapia comportamental infantil. Neste dia o livro “Primeiro livro da criança sobre psicoterapia” foi utilizado como um instrumento facilitador para a compreensão de Luís Felipe e para o início da construção do vínculo terapêutico.

A principal forma de comunicação entre a estagiária e a criança foi a Ludoterapia, que segundo Torres e Meyer (2003), é um instrumento de trabalho do terapeuta que permite que este realize, tanto avaliação, quanto intervenção terapêutica. Nas primeiras sessões, foram disponibilizados diversos jogos e atividades para Luís Felipe escolher com qual gostaria de brincar. Queiroz (2005) aponta que a diversidade das atividades aumenta a probabilidade de algum desses estímulos (jogos, etc.) controlarem o comportamento do cliente, possibilitando a emissão de comportamentos e produzindo sentimentos (agradáveis etc.) mantidos por consequências reforçadoras naturais ao seu comportamento.

Durante o atendimento o jogo é um instrumento facilitador na interação terapeuta-cliente. De acordo com Conte e Regra (2000), o jogo pode ajudar de várias formas no processo psicoterapêutico, sendo que um dos recursos que oferece é o de identificar como se dão as interações entre a criança e as pessoas do seu ambiente. Nas atividades lúdicas realizadas, Luís Felipe reproduziu suas interações com seu universo familiar. Segundo Skinner (1957), o falante pode reagir como ouvinte de seu próprio comportamento, ou seja, o processo de relatar pode mudar o comportamento que está sendo analisado. Assim, é provável que no jogo, a criança se engaje parcialmente nos mesmos comportamentos que na situação natural, com a diferença de que, somente algumas das condições controladoras são apresentadas durante o jogo, contribuindo para torná-las mais evidentes. Durante uma brincadeira com lego e dois carrinhos Luís Felipe, auxiliado pela estagiária, montou uma casinha para os carrinhos dormirem, no entanto ele deixou apenas um carrinho dormindo e disse que o outro estava indo embora. Este comportamento de separação de dois brinquedos apareceu com frequência durante todos os encontros, o que leva a hipótese de uma reprodução do que acontece em sua casa, quando sua mãe vai embora. Lembrar que a criança vive com a bisavó e, que a mãe muito jovem, tem presença intempestiva na vida de Luís Felipe.

O ambiente vulnerável, a condição familiar precária e a comunicação escassa no ambiente familiar, não proporcionaram estimulação suficiente para o desenvolvimento cognitivo normal familiar de Luís Felipe. Esta é mais uma hipótese. Klatchoian (2002) aponta que os comportamentos da criança nas diversas faixas etárias são reflexo da interação de seu sistema nervoso com o meio ambiente. A grande imaturidade do sistema nervoso infantil caracteriza as reações da criança com o mundo exterior, sendo base, tanto para seu desenvolvimento físico, quanto cognitivo. O desenvolvimento se processa quando a criança interage com as pessoas, com as coisas e com o ambiente. Para que isso ocorra é necessário fornecer estimulação para a criança. A criança

estimulada adequadamente responde melhor, aprende mais e procura influenciar e interagir com o seu meio físico e social. Ela ajuda a construir o seu próprio meio, não como um ser passivo, mas participando ativamente dele (Klatchoian, 2002).

Ainda de acordo com Klatchoian (2002), as crianças têm necessidades psicológicas e sociais básicas, que vão além de comida, abrigo, proteção e cuidados de saúde. Elas precisam também de amor e afeição; necessidade de estimulação; necessidade de consistência e correspondência por parte dos pais ou cuidadores e necessidade de explorar e descobrir, por meio do oferecimento de certa variedade de estímulos ambientais e de pessoas, que a permita interagir com os mesmos. A criança também necessita de um ambiente benéfico que seja favorável ao seu pleno desenvolvimento.

Outro aspecto é a experiência social de cada criança, à oportunidade que ela tem de interagir com outras crianças de sua idade, bem como com adultos, pais e professores. Isto terá grande influência em suas futuras realizações e futuro comportamento social. O desenvolvimento se processa em uma relação de influência mútua entre o desenvolvimento psicossocial e o bem-estar físico e nutricional da criança (Feldman, Papalia & Olds, 2009). A partir do momento que Luís Felipe ingressou na escola e o nível de estimulação aumentou, ele passou a ampliar seu repertório. Desta forma, evidencia-se a importância da inserção do Luís Felipe no CMEI e como seus comportamentos sociais e verbais têm melhorado após seu ingresso. Entretanto, foi observada uma defasagem em relação as habilidades sociais e principalmente a linguagem entre Luís Felipe e seus colegas. A partir disso se fez necessário o atendimento individual buscando, por meio de mais estímulos, atenuar esta defasagem.

Durante os encontros percebeu-se que Luís Felipe lembrava o que havia sido trabalhado nos encontros anteriores, demonstrando, assim, ter boa memória. Galera, Lopes & Lopes (2005) apontam que a memória é um fator muito importante no aumento do repertório verbal. Foi evidenciado o aumento gradativo do repertório oral de Luís Felipe com as atividades realizadas, semanalmente. Ele adquiriu em seu repertório palavras complexas, pronúncias mais sofisticadas e nomeação correta de objetos, tendo como consequência a melhoria da comunicação entre criança e estagiária e, posteriormente, a generalização para o ambiente da sala de aula.

Uma das queixas relatadas pela professora era a não obediência de regras/limites. Segundo ela, Luís Felipe saía frequentemente da sala de aula sem sua autorização. Observou-se que a educadora apresentava modelos com alta complexidade de desempenho para ele, demonstrando não considerar sua defasagem. Hipotetizou-se que, frente ao déficit no repertório, em relação ao conteúdo acadêmico, as atividades em sala tornavam-se aversivas de maneira que Luís Felipe emitia comportamentos de fuga. É importante destacar que nos atendimentos individuais foram trabalhados conteúdos que Luís Felipe estava apto a realizar, a fim de ser, inicialmente reforçado. Trabalhando com o aumento gradativo da exigência, debelou-se o comportamento de fuga antes observado.

No atendimento com crianças, a sessão terapêutica além de descrições verbais das contingências, envolve também condições para evocar comportamentos operantes na sua presença. Durante a observação o terapeuta deve estar atento à função dos comportamentos, podendo manejar consequências diferenciais naturais e sociais. Estas consequências deverão envolver principalmente reforçamento positivo e reforçamento negativo, consequências aversivas (punição e extinção) também são usadas de forma amena (Queiroz, 2005). O atendimento realizado com Luís Felipe durante todo seu percurso teve como base a linha de raciocínio acima citado, utilizando-se, preferencialmente, o reforço positivo como consequência.

Segundo Queiroz (2005), as brincadeiras não devem ser usadas como brincadeiras lúdicas, devem, isto sim, criarem condições para se evocar e se instalar novos repertórios de comportamentos. No atendimento utilizou-se deste procedimento. A estagiária, por meio de brincadeiras, fez com que Luís Felipe nomeasse os sentimentos evocados pela brincadeira como, por exemplo, quando estavam brincando de carrinho e um dos carrinhos ia embora. Luís Felipe era questionado sobre os sentimentos que o carrinho que havia ficado estava vivendo. A resposta do menino relatava que o carrinho estava triste, neste momento Luís Felipe beija este mesmo carrinho que ficou e o consola dizendo que o outro logo voltaria. Aqui se percebe que a nomeação de sentimentos foi trabalhada, mas, também, a agressividade eo tema do abandono. Sobre o tema do abandono, a hipótese é de que este gera conflito e ansiedade em Luís Felipe. Além desta situação surgiram outras onde o sentimento de raiva e agressividade, foram tratados através da realização de jogos cooperativos durante os encontros. Estudos já evidenciaram que atividades lúdicas de caráter cooperativo, representa um diferencial importante na diminuição da violência no ambiente escolar (Lucon & Schwartz, 2003).

Após esse período de intervenção com o menino Luís Felipe foi possível concluir o quão prejudicial é a escassez de estímulos na vida de uma criança. Os vários fatores que estão presentes em uma família que gera estimulação pobre, repercutem na vida da criança, como atesta a experiência que vivemos com Luís Felipe. Os agentes protetores e estimuladores, não foram suficientes para um desenvolvimento cognitivo e social normal. Com o ingresso de Luís Felipe na escola foi possível perceber o aumento gradativo de seu desenvolvimento, pois, inicialmente, o menino se expressava com vocabulário personalizado e ininteligível sendo, que após dois anos de seu ingresso no CMEI, sobretudo neste último ano onde viveu uma intensificação nos estímulos, sua comunicação experimentou significativo desenvolvimento em razão de aumento expressivo do seu vocabulário.

Foi possível verificar os benefícios gerados pelo atendimento ao Luís Felipe, desde seus comportamentos sociais, até problemas familiares, que refletiam de certa forma em seu cotidiano no CMEI. O feedback da escola foi um fator de alta relevância para averiguação e constatação de que houve generalização dos conteúdos trabalhados em sessão com Luís Felipe na sala de aula. Vale dizer que, os avanços comportamentais fizeram-se presente na convivência de Luís Felipe dentro do CMEI.

REFERÊNCIAS

- Andrade, S., Santos, D., Bastos, A., Pedromônico, M., Almeida-Filho, N., & Barreto, M. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: Uma abordagem epidemiológica. *Revista Saúde Pública*, 39, 606-611. doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014
- Amorim, C. Araujo, F. M., & Pedroza, F. A. (2013, Maio). *Observação: um recurso diagnóstico para avaliação e intervenção em sala de aula de educação infantil*. Posterapresentado no “II Congresso Brasileiro de Terapia por Contingência de Reforçamento” Campinas, Brasil.
- Conte, F. C. S. & Regra, J. A. G. (2000). A psicoterapia comportamental infantil: novos aspectos. In E. F. M. Silves (Org.), *Estudos de caso em Psicologia clínica comportamental infantil* (Vol.1, 79-136). Campinas: Papirus.
- Feldman, R. D. Papalia, D. E. & Olds, S. W. (2009). *O mundo da criança*. São Paulo: Mc-Graw-Hill.

- Galera, C. A., Lopes, E. J., & Lopes, R. F. F. (2005). Memória de trabalho visuo-espacial em crianças de 7 a 12 anos. *Revista de Estudos de Psicologia*, 207-214. doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200007
- Gehm, T. P. (2013). *O desenvolvimento sob a ótica da análise do comportamento*. Laboratório de Análise Biocomportamental – USP.
- Haydu, V. B., & Souza, S. R. (2012). *Psicologia Comportamental Aplicada: Avaliação e intervenção nas áreas da saúde, da clínica, da educação e do esporte*. Vol.2, Londrina: EDUEL.
- Klatchoian, D. A. (2002). *Psicologiaodontopediatria*. São Paulo: Editora Com. Imp. Ltda.
- Lucon, P. N., & Schwartz, G. M. (2003). *Atividades lúdicas como diferencial na diminuição da agressividade no âmbito escolar*. Artigo apresentado como relatório científico final, ao Núcleo de Ensino/Fundunesp, referente ao Projeto nº 902/03. UNESP, Rio Claro, São Paulo, Brasil.
- Moura, C. B., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamento para a condução do processo terapêutico comportamental com crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 6, 17-30.
- Queiroz, P.P *Terapia por contingências de reforçamento com crianças*. Trabalho apresentado na VI Jornada Mineira de Ciência do Comportamento. Belo Horizonte, 19/11/2005.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New Jersey: Prentice – Hall, inc.
- Torres, I. M & Meyer, S. B. (2003). O brinquedo como instrumento auxiliar para análise funcional e, terapia comportamental infantil. *Revista Interação em Psicologia*, 7, 55-63.

A DINÂMICA FAMILIAR NO PROCESSO DE LUTO

Mayra Delalibera ✉ 1,2, 3, Joana Presa 2,4 e António Barbosa 2,4,5

1- Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), Lisboa – Portugal; 2- Unidade de Medicina Paliativa, Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN- HSM) – Portugal; 3 – Bolseira CAPES – Brasil; 4- Núcleo Académico de Estudos e Intervenção sobre Luto - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa – Portugal; 5- Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa – Portugal

O diagnóstico de uma doença grave e progressiva não afeta apenas o doente, repercute-se também em toda a sua família. A doença expõe e confronta as famílias com a crescente incapacidade de um de seus membros, gerando tensão e desequilíbrio no ambiente familiar. Muitas famílias reagem de modo disfuncional ao adoecer e à morte de um de seus elementos e, não raro, demoram muito tempo para recuperar desta perda. Afinal, a família é composta por vários elementos, e cada um reage individualmente perante uma situação de perda, e esta reação pode influenciar o funcionamento da família, levando à ruptura da estabilidade familiar (Baider, 2008; Franco, 2008).

A família geralmente é o principal provedor de cuidados ao doente, e o bom funcionamento familiar é um dos principais determinantes do bem-estar psicológico dos seus membros. Avaliar as necessidades familiares e providenciar suporte adequado às famílias disfuncionais é muito importante durante o período de prestação de cuidados e posteriormente, no luto.

De acordo com Shapiro (2001), a vivência de um luto pode interferir na capacidade individual e familiar de uma comunicação aberta, coesão e apoio mútuo entre seus membros prejudicando a maneira de enfrentar os desafios futuros. A resposta dos indivíduos diante da morte de um membro da família pode afetar toda a estrutura familiar, assim como, a dinâmica familiar anterior (coesão e comunicação) também pode influenciar a forma com as pessoas irão lidar com os seus sentimentos em relação à perda de um membro querido da família.

A comunicação no meio familiar é importante para a partilha da experiência do luto e a expressão dos sentimentos relacionados com a perda permite a continuidade do processo de luto. As famílias mais conscientes e capazes de expressar as suas emoções, com maior nível de coesão e melhor nível de comunicação entre seus membros relatam um processo de luto menos intenso ao longo do tempo (Traylor, Hayslip, Kaminski, & York, 2013).

Existem alguns autores e modelos que se propõem a descrever o funcionamento familiar, entre eles podemos citar Walsh e Olson (1989) que através do Modelo Circumplexo (Circumplex Model) de avaliação das famílias – modelo em que as

✉ - Mayra Delalibera, Av. Gago Coutinho, 37 – 3.º dto, São João do Estoril, 2765-324 – Portugal, e-mail: mayrarmani@yahoo.com.br

principais dimensões são a comunicação, coesão e adaptabilidade familiar – descrevem 16 tipos de famílias, provenientes da combinação entre os parâmetros de coesão e adaptabilidade.

A comunicação tem o objetivo de facilitar a interação entre a coesão e a adaptabilidade, é considerada uma dimensão facilitadora, que inclui a aptidão de ouvir (abrange empatia e escuta ativa) e falar (para toda a família não apenas para um membro). A coesão é definida como nível de ligação emocional entre os membros da família e o grau de autonomia individual dentro da mesma. Existem nove dimensões que, quando combinadas, compõem o conceito de coesão. São elas o vínculo emocional, independência, limites familiares, coligações, tempo, espaço, amigos, tomada de decisão, interesses sociais e de lazer (Olson, 1989). De acordo com o modelo, a dimensão da coesão apresenta quatro níveis: desmembrada (coesão extremamente baixa); separada (coesão baixa); ligada (coesão moderada/alta) e emaranhada (coesão extremamente alta) (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

A terceira dimensão relevante no modelo, a adaptabilidade, refere-se à capacidade de mudança de uma família para transferir papéis, realinhar a estrutura de poder e regras, e implementar as habilidades de resolução de problemas em resposta a uma situação de *stress* e de desenvolvimento. Esta dimensão também integra quatro níveis: rígida (adaptabilidade extremamente baixa), estruturada (adaptabilidade baixa), flexível (adaptabilidade moderada/alta) e caótica (adaptabilidade extremamente alta) (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Com base no Modelo Circumplexo foi desenvolvido a FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) (Olson, Portner, & Lavee, 1985) uma escala de auto-avaliação, cujo objetivo é avaliar o funcionamento familiar, através das dimensões de coesão e adaptabilidade familiar.

As famílias classificadas como equilibradas na dimensão da coesão, correspondem aos níveis separada e ligada, onde há uma maior funcionalidade familiar entre os seus membros e os mesmos são capazes de oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar, o que não acontece nos níveis mais extremos (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). As famílias intermédias ou equilibradas são mais propensas a ter um nível eficaz de funcionamento familiar e proporcionam um ambiente mais propício para o desenvolvimento individual de seus membros (Olson, 1989). As famílias extremas que correspondem aos níveis desmembrada e emaranhada, são consideradas desequilibradas ou disfuncionais. As famílias desmembradas caracterizam-se por uma separação emocional e pouco envolvimento entre os seus membros; e as famílias emaranhadas caracteriza-se por uma extrema ligação emocional e uma elevada dependência entre os seus membros, sugerindo pouca diferenciação do self (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

As famílias classificadas como extremas na dimensão adaptabilidade, correspondem aos níveis rígidas e caóticas, não se adaptam às mudanças rapidamente, os papéis são rígidos, apresentam dificuldades em solucionar problemas e regras rígidas de relacionamento. As famílias equilibradas ou funcionais, que correspondem aos níveis estruturada e flexível, apresentam maior capacidade de solucionar os problemas, são capazes de negociar, partilhar ou alterar facilmente os seus papéis, e fazem cumprir as normas de relacionamento. Assim, estas famílias adaptam-se mais facilmente perante alguma alteração familiar, comparativamente às famílias extremas, que são incapazes de lidar com a mudança devido a um repertório comportamental limitado (Olson, 2000; Walsh & Olson, 1989).

De acordo com Brintzenhofesoc, Smith e Zabora (1999) e Kissane e colaboradores (2003), acredita-se que as famílias estão mais inseridas nos grupos intermédios ou equilibrados, cuja estrutura permite um funcionamento familiar mais adequado, tanto

nos momentos de normalidade, quanto nos momentos de stress. David Kissane e colaboradores têm estudado o funcionamento e a dinâmica familiar especificamente no processo de luto (Kissane et al., 1996a, b; Kissane et al., 1998; Kissane et al., 2003), e estabeleceram cinco tipologias de funcionamento familiar. São elas: as famílias com bom funcionamento compostas pelas famílias apoiantes e as famílias solucionadoras de conflitos; as famílias com funcionamento intermédio; e as famílias disfuncionais, compostas pelas famílias mal-humoradas e hostis.

As tipologias familiares emergiram da confluência entre as dimensões de coesão entre os seus membros, o nível de conflitos e a capacidade de expressar sentimentos e pensamentos. A coesão é o principal determinante da tipologia e qualquer redução nesta dimensão torna-se a principal preocupação na avaliação da família, uma vez que, a alta coesão é o principal marcador do bom funcionamento familiar (Kissane et al., 1998).

As famílias classificadas como apoiantes apresentam alta coesão e expressividade de sentimentos e pensamentos e ausência de conflitos familiares. As famílias solucionadoras de conflitos apresentam alta coesão e expressividade, um nível moderado de conflitos e a proximidade entre os seus membros pode ser considerada um fator protetor, proporcionando um meio para a resolução das diferenças (Kissane, et al., 1996a), o que durante o processo de luto pode ser uma mais-valia para esta família enfrentar as dificuldades inerentes à perda. As famílias com bom funcionamento são capazes de tolerar as diferenças de opinião entre os seus membros, lidam com os conflitos de maneira construtiva através de uma comunicação eficaz e apresentam baixos níveis de morbilidade psicossocial (Kissane et al., 2006).

As famílias intermédias apresentam moderada coesão e expressividade e baixo nível de conflitos. Estão propensas a morbilidade psicossocial e o seu funcionamento tende a deteriorar-se em circunstância de morte e de luto (Kissane et al., 1996a; Kissane et al., 2006). As famílias mal-humoradas apresentam moderada coesão, expressividade, nível de conflito também moderado e procuram pouca ajuda mesmo entre os seus membros. Nestas famílias há tipicamente um membro dominante que rigidamente direciona e orienta a família. As famílias hostis apresentam baixo nível de coesão e expressividade de sentimentos e pensamentos, alto nível de conflito entre seus membros, tendem a rejeitar ajuda de outras pessoas e têm pouca capacidade de suporte (Kissane et al., 1996a), o que pode causar um sentimento de desamparo em seus membros em situações de maior stress e de necessidade de apoio, como por exemplo, durante o fim de vida de um de seus membros ou no período de luto. As famílias classificadas como disfuncionais têm altas taxas de morbilidade psicossocial, incluindo depressão clínica (Kissane et al., 2006), e estudos relatam que altos níveis de morbilidade psicossocial estão positivamente associados com o pior funcionamento familiar (Kissane et al., 2003, 2006).

Uma avaliação de triagem com o Family Relationships Index (FRI – Index de Relações Familiares) sub-escala da Family Environment Scale (FES) de Moos e Moos (1981), tem sido descrita por Kissane e colaboradores (Kissane, et al., 1996^a; Kissane et al., 1998; Kissane et al., 2003) com um bom instrumento para identificar famílias disfuncionais e pessoas em risco, podendo assim colaborar na avaliação dos profissionais de saúde no encaminhamento adequado das famílias que realmente necessitam de apoio, principalmente no período de luto.

Os estudos que correlacionam o luto e a dinâmica familiar referem principalmente que as famílias classificadas como disfuncionais apresentam um processo de luto mais intenso, com maior morbilidade psicossocial, maior sintomatologia psicopatológica, menor capacidade funcional no trabalho, pior funcionamento social e pouco apoio social (Kissane et al., 1996b; Kissane et al., 2003). Os conflitos familiares

também são um fator agravante para a não resolução do luto (Kissane et al., 1996b), e um histórico de conflitos é um forte preditor de conflitos familiares no final de vida (Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, 2010a), pelo que deve ser tido em consideração, a fim de compreender como os conflitos no fim de vida e o funcionamento familiar podem influenciar o processo de luto.

No intuito de se verificar as publicações existentes sobre a influência da dinâmica familiar no processo de luto de familiares adultos de doentes que faleceram com cancro ou que foram acompanhados em cuidados paliativos foi realizado uma revisão sistemática de literatura.

MÉTODO

Foram pesquisados artigos científicos publicados de janeiro de 1980 a junho de 2013 nas bases de dados da EBSCO (PsycInfo, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences collection, Academic Search Complete) e Web of Knowledge (Web of Science e MEDLINE).

Os descritores utilizados para a pesquisa foram compostos pela combinação de *grief or bereave* or mourning*, associados (and) com um dos seguintes termos: *family functioning, family relations, family dynamic, dysfunctional families, family conflict*.

Os critérios de inclusão foram: artigos empíricos publicados em periódicos científicos em inglês, português ou espanhol, com a população de cuidadores familiares de doentes oncológicos ou doentes que foram acompanhados em cuidados paliativos. Foram excluídos artigos teóricos, de opinião e comentários, e artigos em que a população não se tratava de familiares adultos.

Os artigos encontrados foram avaliados e selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Para avaliar a qualidade dos estudos foi utilizado um instrumento de avaliação construído pela autora (anexo 1) com critérios baseados na checklist de critérios de avaliação para artigos relativos a estudos observacionais (the STROBE Statement) publicado por von Elm e colaboradores (2007). O instrumento é composto por 10 questões que podem ser pontuadas de 0 a 2 (0 – não descrito; 1 – pouco descrito; 2 – bem descrito), com pontuação máxima de 20 pontos. A pontuação total é obtida através da soma da pontuação dos itens e os escores mais elevados indicam maior qualidade dos estudos.

RESULTADOS

Dos 295 artigos encontrados, 97 eram duplicados, 172 foram excluídos na primeira seleção dos estudos pois não estavam relacionados com a questão de investigação, não cumpriam os critérios de inclusão ou não eram artigos empíricos. Vinte e seis artigos foram selecionados para a leitura completa do trabalho, mas apenas sete artigos cumpriam todos os critérios de seleção. Foi acrescentado ao resultado da pesquisa um artigo publicado em agosto de 2013, encontrado através de pesquisa manual.

Os motivos para a exclusão dos 19 estudos após a leitura completa dos mesmos foram: cinco artigos não se tratavam de estudos empíricos, eram apenas atualizações da literatura; dois dos artigos não avaliavam a variável dinâmica familiar; em dois artigos os autores realizaram apenas avaliações na fase de prestação de cuidados e não no período de luto; em nove artigos os participantes não cumpriam os critérios (familiares faleceram por morte violenta, suicídio, homicídio, acidentes, perdas neonatais ou não foi especificado no estudo a causa de morte do familiar falecido); e um dos artigos não foi possível ter acesso ao texto completo (figura 1).

Os artigos selecionados para análise e a pontuação relativamente à avaliação da qualidade dos estudos são apresentados no quadro 1. Os artigos relevantes selecionados foram publicados entre 1996 e 2013, dois estudos foram realizados nos Estados Unidos e cinco na Austrália. Em relação às fontes de publicação, foi localizado um artigo em cada um dos seguintes periódicos: Cancer Practice, Palliative Medicine, Journal of Pain and Symptom Management, Omega - Journal of Death and Dying, e três artigos no The American Journal of Psychiatry.

Relativamente ao desenho dos estudos, três eram transversais e quatro longitudinais, sendo estes últimos constituídos por três momentos de avaliação dos participantes, que abrangiam desde o início do processo de luto, até 13 meses após o óbito do familiar, exceto o estudo de Thomas, Hudson, Trauer, Remedios, e Clarke, (2013) que fez também uma avaliação dos fatores de risco, antes da morte do doente, na fase de prestação de cuidados pelo familiar. Em cinco estudos os familiares falecidos eram doentes oncológicos e em dois estudos eram doentes acompanhados em cuidados paliativos. Em relação aos familiares que participaram dos estudos, num dos estudos foram selecionados apenas cônjuges, noutro estudo cônjuges e filhos e em quatro estudos os familiares participantes tinham que ter um companheiro e pelo menos um filho com mais de 12 anos para que todos pudessem responder aos instrumentos e serem categorizados como uma família. Em todos os estudos, a maioria dos familiares era do sexo feminino, com porcentagens entre 52% e 79% dos participantes. O tamanho da amostra variou entre 37 e 363 familiares (ver quadro 1).

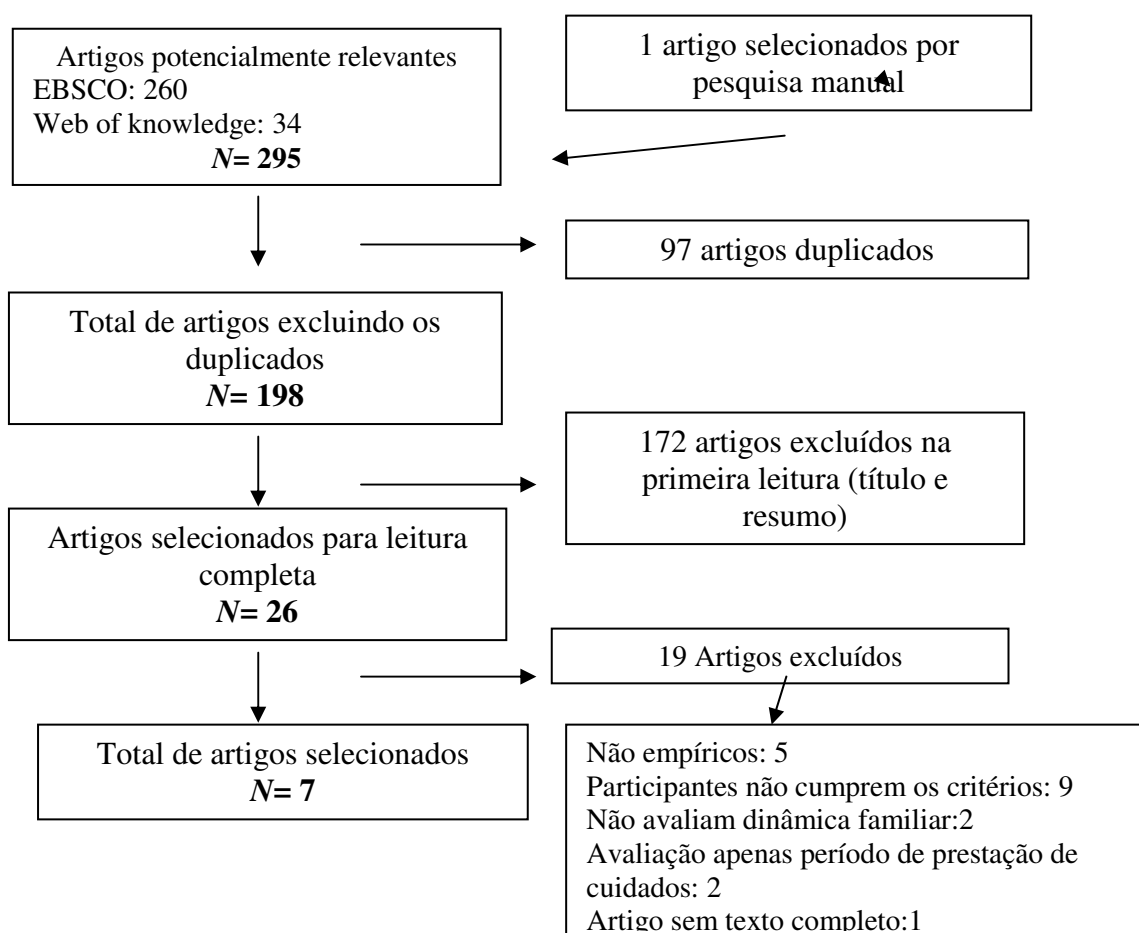


Figura 1. Seleção dos artigos incluídos na revisão.

Todos os estudos avaliaram a dinâmica familiar (seis utilizaram instrumentos que avaliam a dinâmica familiar e um utilizou um instrumento que avalia os conflitos familiares), sendo que quatro estudos utilizaram mais de um instrumento para avaliar o funcionamento familiar. Cinco trabalhos avaliaram o luto (um estudo não avalia a variável luto, porém os participantes são familiares enlutados), cinco avaliam a sintomatologia psicopatológica, quatro utilizaram instrumentos exclusivos para avaliação da depressão, e dois estudos avaliaram o funcionamento social e um as estratégias de coping. O artigo mais recentemente publicado (Thomas et al., 2013) avalia uma série de fatores que podem estar relacionados como desenvolvimento do luto complicado, nomeadamente a reação dos cuidadores à prestação de cuidados, dependência no luto, suporte social, dinâmica familiar, otimismo, preparação para cuidar, competências do cuidador, ansiedade e depressão, luto prolongado, transtorno de stress pós-traumático e a desmoralização.

Relativamente aos resultados das investigações, Kissane e colaboradores (1996 a, b) realizaram uma triagem e classificação das famílias de acordo com a tipologia já descrita acima. Este estudo longitudinal revela que a classificação das tipologias familiares realizadas no primeiro momento de avaliação do estudo foram preditoras da classificação no segundo e terceiro momento de avaliação (seis e treze meses após o óbito do familiar doente). As famílias funcionais (apoiantes e solucionadoras de conflito) apresentaram uma melhor resolução do luto, ajustamentos mais adaptativos, e utilizaram mais estratégias de coping. As famílias mal-humoradas apresentaram um processo de luto mais intenso e maior morbilidade psicossocial (maior risco de depressão e *distress* psicológico), porém fizeram mais uso da religião, do apoio social, e dos recursos da comunidade. As famílias hostis e mal-humoradas apresentavam um pior ajustamento social, pior funcionamento social e global, e também eram menos funcionais no trabalho.

Quadro 1

Artigos selecionados após avaliação

Autor e Ano	País	Objetivo	Desenho	População	Instrumentos	Resultados	Av. Qual
Brintzenhofeszc, Smith, & Zabora (1999)	EUA	Identificar o risco de luto complicado através do estudo das relações entre o funcionamento familiar, o sofrimento psicológico e a reação de luto da família após a morte	Transversal	37 cônjuges de doentes que faleceram com cancro	-FACES III ²⁴ (dinâmica familiar) -TRIG (luto) ²⁵ -BSI ²⁶ (sintomatologia psicopatológica)	- 48% das famílias apresentaram um nível de funcionamento familiar intermédio ou adaptado, - ansiedade, depressão e angústia foram positivamente correlacionadas com as reações de luto, - quanto maior o nível de depressão e ansiedade, maior a probabilidade do luto ser complicado, - quanto mais disfuncional a família, mais complicada a reação ao luto, - quanto mais angustiado e deprimido o cônjuge sobrevivente, maior a probabilidade de desenvolver um luto complicado.	18
Kissane, Bloch, Dowe, Snyder, Onghena, McKenzie, & Wallace (1996a)	Austrália	Identificar padrões de funcionamento familiar em familiares adultos após a morte de um pai	Longitudinal 3 avaliações: T1- 6 semanas T2 - 6 meses e T3 - 13meses após o óbito	269 familiares de doentes oncológicos, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	-FES (dinâmica familiar) ²⁷ -FACES III (din. familiar) - BDI (depressão) ²⁸ - BSI (sintomatologia psicopatológica) - BPQ (luto) ²⁹	Famílias classificadas em 5 tipologias: famílias apoiantes, famílias solucionadoras de conflitos, famílias intermédias, famílias mal-humoradas e famílias hostis. - tipologias familiares no T1 foram preditoras da classificação no T2 e T3, - filhos foram mais classificados como hostis do que os cônjuges.	14
Kissane, Bloch, Onghena,	Austrália	Descrever a intensidade do	Longitudinal 3 avaliações:	269 familiares de doentes	- BPQ (luto) - BDI (depressão)	- luto mais intenso e maior morbidade psicossocial são mais encontrados nas famílias	16

²⁴ FACES III - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale;

²⁵ TRIG - Texas Revised Inventory of Grief

²⁶ BSI - Brief Symptom Inventory

²⁷ FES - Family Environment Scale

²⁸ BPQ – Inventário de Depressão de Beck

²⁹ BPQ – Bereavement Phenomenology Questionnaire

McKenzie, Snyder, & Dowe (1996b)		luto, a morbidade psicossocial e os padrões de enfrentamento nos membros das famílias de acordo com a tipologia de funcionamento familiar	T1- 6 semanas T2 - 6 meses e T3 - 13 meses após o óbito	oncológicos, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	- BSI (sintomatologia psicopatológica) - SAS ³⁰ (funcionamento social) FES (dinâmica familiar) - FACES III (din. familiar) - Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (coping familiar)	mal-humoradas, hostis e intermédias, - famílias mal-humoradas apresentam luto mais intenso e maior morbidade psicossocial, porém fizeram mais uso da religião, do apoio social, e dos recursos da comunidade, - famílias com bom funcionamento (apoiantes e solucionadoras de conflito) apresentam luto melhor resolvido, ajustamentos mais adaptativos e utilizam mais estratégias de coping, - famílias hostis e mal-humoradas têm pior ajustamento social, são menos funcionais no trabalho e tem pior funcionamento social e global, - famílias hostis tem menos suporte social.	
Kissane, McKenzie, McKenzie, Forbes, O'Neill, & Bloch (2003)	Austrália	Verificar se altos níveis de morbidade psicossocial estão associados com a disfunção familiar	Transversal	363 familiares de doentes em cuidados paliativos domiciliário, o familiar tinha que ter um companheiro e pelo menos 1 filho com mais de 12 anos	- FRI (dinâmica familiar) ³¹ - FAD (dinâmica familiar) ³² - BDI (depressão) - BSI (sintomatologia psicopatológica) - SAS (funcionamento social)	- maior morbidade psicossocial nas famílias mais disfuncionais, - famílias hostis apresentam mais membros deprimidos, ansiosos e obsessivos do que os outros grupos, maior nível de angústia e pior ajustamento social, - famílias mal-humoradas apresentam maior pontuação na subescalas de psicoticismo e ideação paranóide, - famílias mais disfuncionais têm pior funcionamento social, global, doméstico e no lazer.	16
Kissane, McKenzie, Bloch, Moskowitz, McKenzie, & O'Neill, (2006)	Austrália	Avaliar os efeitos da terapia do luto focada na família para reduzir os efeitos mórbidos do luto entre famílias em situação de risco	Longitudinal, randomizado, controlado 3 avaliações, T1 - início da terapia de luto focada na família T2- 6 meses após	362 familiares (81 famílias) de doentes que morrem de cancro. 2 grupos: - Grupo experimental	- FRI (dinâmica familiar) - FAD (dinâmica familiar) - BSI (sintomatologia psicopatológica) - BDI (depressão)	- funcionamento familiar global não se alterou, porém as famílias mal-humoradas e intermediárias tendem a melhorar no geral, - depressão não foi alterada nas famílias hostis, - famílias com funcionamento intermédio do grupo experimental tiveram uma redução significativamente maior no nível de conflitos	

³⁰ SAS – Social Adjustment Scale

³¹ FRI – Family Relationship Index

³² FAD – Family Assessment Device

		psicossocial	a morte do doente T3 – 13 meses após a morte do doente	(terapia): 53 famílias - Grupo controle: 28 famílias	-SAS (funcionamento social) -BPQ (luto)	do que as famílias intermédias do grupo controle aos 6 meses após a perda, - famílias hostis do grupo experimental deterioraram significativamente mais do que as famílias hostis do grupo controle ao longo dos 13 meses de luto, - impacto global da terapia foi modesta com uma redução do <i>distress</i> psicológico aos 13 meses, - indivíduos com altos escores de <i>distress</i> e depressão na avaliação de base tiveram uma melhoria significativa nestes índices após a terapia.	
Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh, & Yonker, (2010)	EUA	Analisar os preditores de sintomas do luto complicado enfocando o papel do conflito familiar, as tensões intrapsíquicas, e o efeito moderador da qualidade da assistência nos hospice	Transversal	152 familiares (cônjuges e filhos) de doentes que faleceram com cancro de pulmão	- ICG (luto) ³³ - FC-EOL ³⁴ (conflito familiar) - questões elaboradas pelos autores para avaliar a qualidade dos cuidados e necessidades do doente	- as famílias com baixo nível de conflito anterior a doença e maior nível de conflito no fim de vida do doente apresentaram mais sintomas de luto complicado, - familiares com dificuldade em aceitar a doença e maior medo da morte do doente apresentaram maiores riscos de luto complicado, - baixa qualidade dos cuidados prestados ao doente e família foi associada a níveis mais elevados de luto complicado.	16
Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., Clarke, D. (2013)	Austrália	Verificar se é possível prever a partir de uma avaliação dos fatores de risco anterior à morte,	Longitudinal, 3 avaliações: T1 - entrada no serviço de cuidados paliativos	301 cuidadores familiares de doentes em cuidados paliativos	- CRA (prestação de cuidados) ³⁵ - BDS (dependência no luto) ³⁶ - MSPSS ³⁷	- Os sintomas de luto anteriores à perda foram um forte preditor dos sintomas de luto prolongado no T2 e T3, - foram significativamente correlacionados como fatores de risco para sintomas de luto prolongado: ser cônjuge do doente falecido,	18

³³ ICG – Inventory of Complicated Grief

³⁴ FC-EOL – Family Conflict at the End-of Life

³⁵ CRA - Caregiver Reactions Assessment

³⁶ BDS - Bereavement Dependency Scale

		os cuidadores familiares que têm altos níveis de sintomas de luto prolongado após a morte do ente querido	T2 - 6 meses e T3 - 13 meses após o óbito		(suporte social) - FES (dinâmica familiar) - LOT (otimismo) ³⁸ - Preparedness for Caregiving Scale - Caregiver Competence Scale - HADS (ansiedade e depressão) ³⁹ - PG-12 e PG-13 (luto prolongado) ⁴⁰ - PTSD checklist ⁴¹ (transtorno de stress pós-traumático) - Demoralization Scale (desmoralização)	maior dependência no período de luto, maior impacto da prestação de cuidados na rotina, pior funcionamento familiar e baixos níveis de otimismo, - foram encontradas associações positivas mais baixas dos sintomas de luto prolongado com o viver na mesma casa que o doente, - a idade do doente foi negativamente correlacionada com os níveis de sintomas de luto prolongado, - os cuidadores que não tinham concluído o ensino médio apresentaram maiores níveis de sintomas de luto prolongado.	

³⁷ MSPS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support

³⁸ LOT - Life Orientation Test

³⁹ HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

⁴⁰ LOT - Life Orientation Test

⁴¹ PTSD checklist – Avaliação para Transtorno de Stress Pós-Traumático

O estudo de BrintzenhofSzoc e colaboradores (1999) refere que quase metade (48%) das famílias avaliadas apresenta um nível de funcionamento intermédio ou adaptado, porém quanto mais disfuncionais as famílias, mais complicada pode ser a reação à perda de um ente querido, e quanto mais sintomatologia ansiosa e depressiva apresentar o cônjuge sobrevivente, maior a probabilidade do mesmo desenvolver um luto complicado.

Kissane e colaboradores, no estudo realizado em 2003, ao avaliar a morbilidade psicossocial de famílias enlutadas, refere que as famílias disfuncionais apresentam pior funcionamento social, global, doméstico e no lazer e maior morbilidade psicossocial. As famílias hostis apresentam mais membros deprimidos, ansiosos e obsessivos do que os outros grupos, maior nível de angústia e pior ajustamento social; e as famílias mal-humoradas apresentam maior pontuação na subescalas de psicoticismo e ideação paranóide.

Na investigação desenvolvida em 2006, Kissane e colaboradores, realizam um estudo randomizado e controlado de intervenção em terapia de luto focada na família em que o grupo experimental é submetido à intervenção terapêutica e ambos os grupos são avaliados em três momentos, antes do início da terapia, seis e treze meses após o óbito do doente. Neste estudo, os autores concluíram que a terapia de luto focada na família apresentou um potencial para reduzir as complicações do luto e o luto patológico, e que ao longo dos 13 meses houve maior redução do *distress* psicológico em geral, avaliado através do BSI, bem como uma redução significativa na depressão, exceto nas famílias hostis do grupo experimental. Os indivíduos do grupo experimental com altos escores de *distress* e depressão na primeira avaliação apresentaram melhoria significativa nestes índices após a intervenção. O benefício foi mais evidente para as famílias intermédias e mal-humoradas, que apresentaram melhores resultados após a intervenção terapêutica. As famílias intermédias do grupo experimental apresentaram redução significativamente maior no nível de conflitos do que as famílias intermédias do grupo controle seis meses após a perda. Porém, as famílias hostis devem ser alvo de particular atenção, pois apresentaram um aumento no nível de conflitos ao longo dos treze meses.

O artigo de Kramer, Kavanaugh, Trentham-Dietz, Walsh e Yonker, (2010b) refere que as famílias que apresentam mais conflitos familiares no fim de vida do doente apresentam mais sintomas de luto complicado. E por fim, o estudo de Thomas e colaboradores (2013) encontrou que a sintomatologia de luto anterior à perda (avaliado através do PG-12) é um forte preditor dos sintomas de luto prolongado aos seis e aos treze meses após a perda de um ente querido. Foram significativamente correlacionados como fatores de risco para sintomas de luto prolongado: ser cônjuge do doente falecido, maior dependência no período de luto, maior impacto da prestação de cuidados na rotina, pior funcionamento familiar e baixos níveis de otimismo. A idade do doente foi negativamente correlacionada com os níveis de sintomatologia de luto prolongado, ou seja, quanto mais jovem o doente, maior era o escore de sintomas de luto do cuidador. Também foi destacado que os familiares cuidadores de cônjuges relataram maiores escores de sintomas de luto prolongado do que os familiares que cuidavam dos pais, e os cuidadores que vivem na mesma casa que o doente também apresentavam mais sintomas de luto prolongado.

Relativamente à avaliação da qualidade dos estudos os artigos selecionados obtiveram pontuações entre 14 e 18, numa escala de avaliação para estudos observacionais com pontuação de 0 a 20, o que demonstra que os estudos apresentam uma boa qualidade.

DISCUSSÃO

São poucos os estudos publicados sobre a dinâmica e o funcionamento familiar no processo de luto o que demonstra que o tema tem sido pouco estudado e as investigações publicadas na área estão concentradas em apenas dois países (Estados Unidos e Austrália), sendo ainda a maioria dos trabalhos australianos pertencentes a um único grupo, coordenado por David Kissane.

Dos artigos selecionados, os primeiros estudos encontrados sobre a dinâmica familiar no processo de luto são do ano de 1996 do grupo australiano, e os resultados da investigação foram apresentados em dois estudos publicados numa mesma revista. Este estudo parece ser a primeira tentativa de sistematizar a avaliação de familiares enlutados de doentes oncológicos, no intuito de classificar as famílias de acordo com uma tipologia de funcionamento familiar, para então focar os esforços de apoio e acompanhamento às famílias menos funcionais e com maior necessidade de suporte. Neste período foi criado por este grupo australiano um modelo de intervenção no luto focado na família (Kissane et al., 1998; 2006) a fim de disponibilizar tratamento e suporte adequado às famílias em luto, e o estudo realizado demonstrou que algumas tipologias familiares podem vir a beneficiar-se deste modelo de intervenção (Kissane et al., 2006).

Todos os estudos selecionados apresentam evidências de que o mau funcionamento familiar está relacionado com maior sintomatologia psicopatológica (ansiedade, depressão e *distress* psicológico), com um processo de luto mais complicado, maior morbidade psicossocial e pior funcionamento social, pouco ou nenhum apoio social, dificuldade para recorrer aos recursos da comunidade ou procurar apoio espiritual e menor capacidade funcional no trabalho (BrintzenhofSzoc et al., 1999; Kissane et al., 1996a,b, 2003, 2006; Kramer et al., 2010b). Os conflitos familiares, que neste estudo, estavam relacionados com decisões de fim de vida, discussões, discordâncias, insultos e ressentimentos entre os membros da família, também foram destacados como um fator que pode contribuir para o desenvolvimento de um luto complicado (Kramer et al., 2010b). O estudo mais recente selecionado nesta revisão (Thomas et al., 2013) aborda os principais fatores de risco para o desenvolvimento do luto prolongado e o mal funcionamento familiar, assim como baixo otimismo, maior dependência e ser cônjuge do falecido foram correlacionados com o luto prolongado.

Relativamente à metodologia, os estudos são muito diversos na dimensão das amostras e população. Os instrumentos para avaliar as variáveis são variados. Apesar de todos os instrumentos de avaliação do funcionamento familiar terem em consideração a coesão entre os seus membros, cada instrumento classifica as famílias de acordo com uma tipologia diferente o que dificulta uma comparação entre os estudos e a generalização dos resultados. Apesar de existirem estudos longitudinais sobre o tema, seria interessante uma avaliação da dinâmica familiar anterior a morte do doente para posterior comparação de possíveis alterações nesta variável no período de luto, o que foi realizado por apenas um dos estudos (Thomas et al., 2013).

O presente estudo pretendeu realizar um levantamento das publicações existentes sobre a dinâmica familiar no processo de luto de familiares adultos de doentes que faleceram com cancro ou que foram acompanhados em cuidados paliativos. Através da revisão de literatura foi possível compilar os estudos publicados sobre o tema, realizar um levantamento dos instrumentos utilizados para avaliar as variáveis de interesse e resumir os resultados dos artigos. Foram encontrados poucos estudos referentes ao tema e as pesquisas também estão concentradas em poucos países e grupos de investigação, o que nos leva a supor que a interação da dinâmica familiar no processo de luto é um tema pouco estudado na área do luto, o que desperta o interesse para novos estudos em outros

países e outras culturas para comparação dos resultados. Porém, os trabalhos existentes confirmam que as famílias disfuncionais apresentam maiores complicações durante o período de luto, podendo conduzir a um processo de luto mais intenso e prolongado. Sintomatologia psicopatológica mais intensa e maior morbidade psicossocial nestas famílias podem também estar associadas ao luto complicado.

Por isso seria importante utilizar um instrumento de triagem para avaliar a dinâmica familiar, preferencialmente ainda no período de prestação de cuidados ao doente ou no início do processo de luto, com o intuito de identificar as famílias com pior funcionamento familiar, maior risco de desenvolver complicações no luto e com maior necessidade de suporte. Também é de interesse académico ampliar as amostras das investigações, harmonizar os instrumentos utilizados para a avaliação das variáveis, assim como a metodologia de colheita dos dados, para ser possível uma posterior comparação dos resultados dos estudos e a generalização dos mesmos.

Como limitações do presente trabalho, salientamos que os artigos selecionados para compor a amostra foram apenas textos em inglês, português ou espanhol, já publicados em periódicos científicos, o que exclui teses de mestrado e doutoramento, assim como apresentações de congressos. E as bases de dados de busca eletrónicas limitaram-se apenas à EBSCO e Web of Knowledge. Coloca-se também, como potencial viés no processo de revisão, o facto de os procedimentos de seleção dos artigos, aplicação dos critérios de inclusão / exclusão e avaliação da qualidade dos artigos terem sido realizados apenas por uma pessoa e não ter sido possível aceder ao texto completo de um dos artigos selecionados. O instrumento utilizado para a avaliação da qualidade dos estudos também foi criado pela autora com base numa checklist de critérios de avaliação para estudos observacionais e a pontuação também foi estipulada pela mesma.

A restrição da população aos familiares adultos de doentes que faleceram com doença oncológica ou acompanhados em unidades de cuidados paliativos também pode ser considerado um fator limitador ao número de estudos encontrados sobre a influência da dinâmica familiar no luto.

REFERÊNCIAS

- Baider, L. (2008). Communicating about illness: a family narrative. *Supportive Care in Cancer*, 607–611. doi:10.1007/s00520-007-0370-4
- BrintzenhofSzoc, K. M., Smith, E. D., & Zabora, J. R. (1999). Screening to Predict Complicated Grief in Spouses of cancer patients. *Cancer Practice*, 7, 233–239. doi: 10.1046/j.1523-5394.1999.75006.x
- Franco, M. H. P. (2008). A Família em Psico-Oncologia. In V.A. Carvalho, M.H.P. Franco, M.J. Kovács, R.P. Liberato, R.C. Macieira, M.T. Veit, M.J.C. Gomes, L.H.C. Barros (Ed.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 358–362). São Paulo: Summus.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Dowe, D. L., Snyder, R. D., Onghena, P., McKenzie, D. P., & Wallace, C. S. (1996a). The Melbourne Family Grief Study, I: Perceptions of family functioning in bereavement. *The American journal of psychiatry*, 153, 650–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8615410>
- Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C., & Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-oncology*, 7, 14–25. doi:10.1002/(SICI)1099-1611(199801/02)7:1<14::AID-PON313>3.0.CO;2-D
- Kissane, D. W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., & Dowe, D. L. (1996b). The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in

- bereaved families. *The American journal of psychiatry*, 153, 659–66. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8615411>
- Kissane, D. W., McKenzie, M., Bloch, S., Moskowitz, C., McKenzie, D. P., & O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *The American journal of psychiatry*, 163, 1208–18. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1208
- Kissane, D. W., McKenzie, M., McKenzie, D. P., Forbes, A., O'Neill, I., & Bloch, S. (2003). Psychosocial morbidity associated with patterns of family functioning in palliative care: baseline data from the Family Focused Grief Therapy controlled trial. *Palliative medicine*, 17, 527–37. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14526887>
- Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2010a). Predictors of Family Conflict at the End of Life: The Experience of Spouses and Adult Children of Persons with Lung Cancer. *The Gerontologist*, 50, 215–225. doi:10.1093/geront/gnp121
- Kramer, B. J., Kavanaugh, M., Trentham-Dietz, A., Walsh, M., & Yonker, J. A. (2010b). Complicated grief symptoms in caregivers of persons with lung cancer: The role of family conflict, intrapsychic strains, and hospice utilization. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 62, 201–220. Retrieved from <http://baywood.metapress.com/index/W0W0888457436103.pdf>
- Moos, R.H. & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press. California: Consulting Psychologists Press.
- Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00144/abstract>
- Olson, D. H. (1989). Circumplex model of family systems VIII: family assessment and intervention. In D. D.H. Olson, C.S. Russell, & D.H. Sprenkle (Eds.), *Circumplex Model: Systematic Assessment and Treatment of Families*. (pp. 7–50). New York: Haworth Press.
- Shapiro, E. R. (2001). Grief in interpersonal perspective: Theories and their implications. In M.S. Stroebe, R.O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 301–328). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2013). Risk Factors for Developing Prolonged Grief During Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of pain and symptom management*, 1–11. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.05.022
- Traylor, E. S., Hayslip, B., Kaminski, P. L., & York, C. (2013). Relationships between grief and family system characteristics: a cross lagged longitudinal analysis. *Death studies*, 27, 575–601. doi:10.1080/07481180302897
- Von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS medicine*, 4, 1623–1627. doi:10.1371/journal.pmed.0040296
- Walsh, F., Olson, D.H. (1989). Utility of the circumplex model with severely dysfunctional family systems. In D.H. Olson, C.S. Russell, & D.H. Sprenkle (Eds.), *Circumplex Model: Systematic assessment and treatment of families*. (pp.51-78) New York, NY: Haworth Press.

Anexo 1
CrITÉrios de Avaliação para Estudos Observacionais

	Não descrito 0	Pouco descrito 1	Bem descrito 2
1. Os objectivos e hipóteses são bem enquadrados e definidos?			
2. O desenho do estudo é explicitado e correctamente descrito?			
3. Os critérios e métodos de selecção dos participantes foram bem descritos? (critérios de inclusão, exclusão, período de recrutamento, follow-up, selecção de controlos, critérios de emparelhamento, cálculo da dimensão da amostra)			
4. São definidas as variáveis a avaliar, bem como os respectivos instrumentos de medida? (dependentes, independentes e estranhas, indicação da fonte original dos instrumentos, descrição do processo de tradução, adaptação e validação)			
5. A recolha de dados é descrita, explicitando todos os momentos e métodos de aplicação dos instrumentos, permitindo a replicabilidade do estudo?			
6. A análise dos dados é apropriada, sendo feita uma descrição detalhada das análises estatísticas ou de conteúdo?			
7. Descrição detalhada das características sociodemográficas dos participantes incluindo a indicação dos números e razões para não participação?			
8. São apresentados dados sobre todas as variáveis estudadas, indicando, quando aplicável, o grau estatístico de confiança?			
9. Os resultados são resumidos dando respostas aos objectivos e hipóteses do estudo e são interpretados com base na teoria e estudos anteriores?			
10. São apresentadas limitações do estudo tendo em conta os possíveis enviesamentos e é discutida a possível generalização dos resultados?			

CRENÇAS DE SAÚDE E *LOCUS* DE CONTROLO NO RASTREIO DO CANCRO COLO-RECTAL

Sofia Nunes ✉ 1 e Ana Tapadinhas 2

1-C.H.L.O. - Hospital Egas Moniz e ISPA-I U – Lisboa; 2-Instituto PIAGET – Almada, Portugal

O cancro é atualmente a segunda causa de morte no mundo ocidental, sobretudo nos países desenvolvidos e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 16 milhões de casos serão verificados até 2020 (Recco, Luiz, & Pinto, 2005). Perante estes dados alarmantes é notória a crescente pertinência do estudo de comportamentos preventivos para doenças oncológicas, nomeadamente no que se refere ao cancro colo-rectal. De acordo com a literatura constata-se que os rastreios podem ter consequências psicológicas para quem os realiza, nomeadamente stresse, preocupação, vergonha, entre outros, e podem levar ao surgimento de atitudes sociais positivas e negativas (Teixeira, 2002). No que diz respeito à adesão a rastreios oncológicos, esta é fortemente determinada por perceções subjetivas sobre o cancro e o seu controlo, incluindo crenças em relação às suas consequências e tratamento, perceções dos exames de rastreio e crenças sobre o risco pessoal de vir a ter cancro (Cameron, 1997). Segundo o Modelo de Crenças de Saúde, um indivíduo irá aderir a um exame de rastreio se se perceber como sendo vulnerável ao cancro colo-rectal, perceber elevados benefícios do exame na diminuição da ameaça e do impacto do CCR e perceber os obstáculos à realização do exame como sendo sensivelmente baixos (Champion & Skinner, 2008).

Para além do interesse da Psicologia nas crenças que influenciam os comportamentos de saúde, muita atenção tem sido focalizada nas perceções de controlo sobre a saúde. Em geral, controlo diz respeito à perceção que o sujeito tem acerca da sua capacidade para modificar determinada situação, resposta ou resultado relacionado com um estímulo ou todos em conjunto (Ruiz-Bueno, 2000). A escala multidimensional do *locus* de controlo da saúde foi desenvolvida por Wallston e Wallston (1978), e desde aí tornou-se a medida de *locus* de controlo mais popular na investigação de comportamentos de saúde, sendo constituída por três subescalas de locus de controlo: Interno, Externo-Outros Poderosos (família, profissionais de saúde, entre outros) e Externo -Acaso.

No que concerne ao rastreio do CCR, um estudo realizado com Americanos Coreanos, verificou que um dos principais fatores responsáveis pela adesão ao rastreio do cancro colo-rectal, é a recomendação médica (Jo, Maxwell, Wong, & Bastani, 2008). Para além disso, a presença de um historial familiar de cancro também constitui uma variável importante na adesão, visto que os indivíduos que têm ou já tiveram parentes

✉ - Ana Sofia Soares Dias Nunes, Rua Serpa Pinto, nº13, sub-cave esquerda, 2675-447 Odivelas, mail-sofia_nunes_16@hotmail.com

com cancro, revelam uma maior adesão a rastreios oncológicos (Karayurt & Dramali, 2007; Wang, Miller, Eggleston, Hay, & Weinberg, 2010).

Quanto aos fatores psicossociais, o embaraço, o medo de contrair cancro e a falta de informação podem influenciar negativamente a adesão ao rastreio (Subramanian, et al., 2004). No que se refere especificamente aos fatores psicológicos, as crenças de saúde desempenham um papel fundamental no estudo de comportamentos preventivos e como tal inúmeros estudos recorrem ao Modelo de Crenças de Saúde para a compreensão dos comportamentos de adesão a rastreios oncológicos. Neste sentido, verificou-se que maiores níveis de *vulnerabilidade* estavam associados a uma maior adesão ao rastreio do CCR (Sun, Basch, Wolf, & Li, 2004; Tessaro, et al., 2006) e que a dimensão *benefícios* estava positivamente relacionada com a adesão a dois dos exames de rastreio: a sigmoidoscopia e colonoscopia (James, Campbell, & Hudson, 2002).

Em Portugal, Coutinho (2001) constatou que somente na dimensão obstáculos se verificavam diferenças estaticamente significativas entre o grupo de indivíduos que já realizou o exame de rastreio do cancro da próstata e o grupo que nunca realizou o exame. Por sua vez, Patrão (2002) concluiu que os participantes do grupo de baixa adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, percecionavam uma menor vulnerabilidade, bem como, menos preocupação com a saúde e percecionam mais obstáculos.

Face ao exposto, salienta-se a importância da investigação no âmbito da prevenção da doença oncológica, uma vez que a adesão aos exames de rastreio permite detetar precocemente a doença, aumentando assim a sua probabilidade estabilização da doença. Deste modo, pretende-se que este estudo seja uma mais valia para o Psicólogo, na compreensão dos pressupostos cognitivos e sociocognitivos do comportamento preventivo, o que por sua vez irá possibilitar intervenções mais especializadas e eficazes

Posto isto, o presente estudo pretende identificar e caracterizar as variáveis que se encontram relacionadas com a adesão ao rastreio do CCR em sujeitos portugueses com 50 ou mais anos de idade. Com o intuito de dar corpo a este estudo, foram colocadas as seguintes questões de investigação: Como se caracterizam as crenças de saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR? Como se caracteriza as o locus de controlo da saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR? Qual a relação das crenças de saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR com as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos? Qual a relação do locus de controlo da saúde de sujeitos portugueses com 50 ou mais anos no que se refere ao rastreio do CCR com as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos? Em que medida a adesão ao rastreio do CCR é influenciada pelas crenças de saúde, pelo locus de controlo de saúde e pelas variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos?

MÉTODO

Este estudo constitui uma investigação de tipo exploratório, visto que existem poucos estudos em Portugal sobre esta temática. Esta investigação apresenta também um carácter descritivo e correlacional, na medida em que se pretende descrever as variáveis em estudo, assim como verificar se existe ou não relação entre as mesmas (Pais-Ribeiro, 1999). Tem como variáveis principais as Crenças de Saúde sobre o CCR e o Locus de Controlo da Saúde, e como variáveis de influência as variáveis sócio-demográficas, as clínicas/avaliação de conhecimentos.

Participantes

A amostra é constituída por 271 sujeitos do género feminino e masculino, com idade igual ou superior a 50 anos, residentes nos distritos de Lisboa e Leiria. Salienta-se que em caso de história familiar (parente em 1º grau) de CCR o rastreio deverá iniciar-se aos 40 anos ou dez anos antes da idade de diagnóstico no familiar mais novo (World Gastroenterological Organisation, 2007). O processo de amostragem utilizado neste estudo foi a amostragem não probabilística tipo bola de neve (Pais-Ribeiro, 1999). As características dos participantes são apresentadas no quadro 1:

Quadro 1

Características da Amostra

Género			Estado civil		Escolaridade			Situação profissional			
	N	%		N	%		N	%		N	%
Masculino	107	39,5	Solteiro	25	9,2	1º ciclo	40	14,8	A trabalhar	156	57,6
Feminino	164	60,5	Casado	182	67,2	2º e 3º ciclo	25	9,2	Desempregado	22	8,1
			Separado	13	4,8	Secundário	90	33,2	Reformado	90	33,2
			Divorciado	23	8,5	Superior	112	41,3	Baixa	3	1,1
			Viúvo	20	7,4	Sem resposta	4	1,5			
			Sem resposta	8	3,0						

A amostra é constituída por 107 sujeitos do género masculino e 164 sujeitos do género feminino, com uma idade média de 59,2 anos ($DP = 8,66$), variando as idades entre 50 e 90 anos, são casados (67,2%), possuem uma formação a nível do ensino superior (40,2%) e estão a trabalhar (57,6%).

Material

Os participantes, após darem o consentimento informado, responderam ao questionário de autopreenchimento composto por uma parte inicial, onde se pretende caracterizar as variáveis sócio-demográficas - *Questionário sócio-demográfico* da amostra: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional. Um *Questionário Clínico/Avaliação de Conhecimentos*, com 6 questões dicotómicas sim/não, uma questão dicotómica sim/não/não sei e duas questões abertas: uma questão sobre a recomendação médica de um exame de rastreio, uma questão sobre os exames de rastreio que podem ser utilizados, duas questões sobre a adesão ao rastreio, duas questões sobre a história familiar de cancro colo-rectal, uma questão sobre o historial de amigo(s) com cancro colo-rectal e por fim uma questão sobre os fatores de risco do cancro colo-rectal.

A *Escala de Crenças de Saúde em relação ao Cancro Colo-rectal*, que consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Jacobs (2002). É uma escala Likert que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Discordo totalmente, 2 – Discordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Concordo parcialmente, 5 – Concordo totalmente. A escala é constituída por 6 subescalas: Vulnerabilidade (5 itens), Gravidade (7 itens), Benefícios (6 itens), Obstáculos (6 itens), Motivação para a Saúde (7 itens) e Confiança (5 itens). A consistência interna avaliada com α de Cronbach para esta escala varia entre 0,60 e 0,78.

A *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde*, que consiste numa adaptação para a Língua Portuguesa (Tapadinhas & Nunes, 2011) da escala original desenvolvida por Rodriguez-Rosero, Ferriani, e Coleta (2002). É uma escala Likert que mede uma resposta positiva ou negativa face a uma afirmação da seguinte forma: 1- Concordo totalmente, 2 – Concordo parcialmente, 3 – Não concordo nem discordo, 4 – Discordo parcialmente, 5 – Discordo totalmente. A escala é composta por 3 subescalas: Internalidade (6 itens), Externalidade – Outros Poderosos (6 itens) e Externalidade –

Acaso (6 itens). A consistência interna avaliada com o *alpha* de Cronbach para cada uma das subescalas pela ordem referida anteriormente foi de 0,53, 0,71 e 0,72.

Procedimento

Todos os participantes deste estudo assinaram o termo de livre consentimento informado. Os dados foram recolhidos através do método de amostragem não probabilística tipo bola de neve entre Maio de 2011 e Maio de 2012. Os dados foram analisados com ajuda do programa Statiscal Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.

RESULTADOS

Variáveis clínicas

Os resultados obtidos mostram que 88,2% da amostra tem médico de família e que 61,3% dos sujeitos não receberam recomendação médica para a realização de um exame de rastreio. Quanto à adesão ao rastreio do CCR, que foi avaliada, verifica-se que 31% já realizaram um exame de rastreio e 69% nunca realizaram nenhum exame.

Quadro 2
Caracterização das Variáveis Clínicas

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Médico de família	239	88,2	31	11,4
Recomendação médica para realizar exame de rastreio do cancro Colo-rectal	105	38,7	166	61,3
Alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro colo-rectal?	84	31,0	187	69,0
Familiar que sofresse ou sofra de cancro colo-rectal	42	15,5	229	84,5
Amigo que sofresse ou sofra de cancro colo-rectal	79	29,2	192	70,8

Nível de Conhecimento

Verifica-se que 64,2% dos sujeitos da amostra apresentam um conhecimento geral satisfatório dos fatores de risco do cancro colo-rectal, isto é, têm conhecimento de 6 ou mais fatores de risco. Considerando a segmentação por género, 67,9% dos homens e 62,6% das mulheres acertou em 6 ou mais fatores. No cruzamento das questões sobre o nível de conhecimentos com variáveis sociodemográficas (género e nível de escolaridade), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Quanto aos exames de rastreio do CCR, verifica-se um conhecimento menos satisfatório, visto que apenas 46,9% dos sujeitos da amostra tem conhecimento de 3 ou mais exames de rastreio. No que diz respeito à segmentação por género, verifica-se que 48,8% das mulheres e 44,8% dos homens acertou em 3 ou mais exames. Cruzando este indicador com as variáveis sociodemográficas não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

Análise Fatorial em Componentes Principais

A análise estatística das duas escalas aplicadas teve como objetivo perceber endogenamente a distribuição dos itens nas subescalas latentes das mesmas para a amostra em estudo, no sentido de explorar a presença de diferenças significativas. Esta abordagem revelou-se particularmente importante para a *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde*, visto tratar-se de uma escala construída originalmente para uma faixa etária mais abrangente do que aquela considerada para o presente estudo.

Escala Crenças de Saúde sobre o Cancro Colo-rectal

Da aplicação de uma Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) foram extraídos 7 fatores que explicam 61,1% da variabilidade total. Apesar da escala original ser constituída por 6 subescalas, considerou-se a solução de 7 fatores a mais adequada. Para os fatores extraídos a percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos é superior a 50% para todas as variáveis, exceto para o item 24 que apresenta uma comunalidade de 0,36. Salienta-se que o item 20 apresenta um *loading* maior na subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ do que na ‘Obstáculos’. No entanto, por uma questão de conteúdo, optou-se por incluir o mesmo na subescala Obstáculos.

Sendo o valor do teste KMO de 0,859 a recomendação face a Análise Fatorial é boa (vide Marôco, 2010, p. 493). O teste de Esfericidade de Bartlett apresenta um $p < 0,001$ pelo que rejeitamos H_0 , concluindo que as variáveis estão correlacionadas significativamente. O quadro 3 apresenta os valores de *Alpha de Cronbach*, os quais revelam uma boa consistência interna dos fatores extraídos, variando entre 0,70 na ‘Gravidade’ e 0,89 na ‘Motivação’.

Quadro 3

Escala Crenças - *Consistência Interna dos Fatores (Alpha de Cronbach)*

Fatores	α
1 – Motivação	0,89
2- Benefícios	0,81
3- Vulnerabilidade	0,85
4- Confiança	0,82
5 - Gravidade – Processamento Cognitivo	0,85
6- Obstáculos	0,71
7 - Gravidade – Consequências	0,70

0,67 passa para **Fator 6 – com o item 20 $\alpha=0,71$

Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde

Através da aplicação de uma AFCP foram extraídos 3 fatores, que explicam 48,3% da variabilidade total. Apesar do número de subescalas ser idêntico ao da escala original, a distribuição dos itens difere. Para os fatores extraídos a percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos não é superior a 50% para todas as variáveis. Sendo o valor do teste KMO de 0,80 a recomendação face à Análise Fatorial é boa. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um $p < 0,001$, pelo que rejeitamos H_0 , concluindo que as variáveis estão correlacionadas estatisticamente. O quadro 4 apresenta os valores de consistência para as três subescalas:

Quadro 4

Escala Locus - *Consistência Interna dos Fatores (Alpha de Cronbach)*

Fatores	α
Locus Interno	0,56
Locus Externo Outros Poderosos	0,72
Locus Externo Acaso	0,62

O *alpha de Cronbach* para a subescala Locus Interno encontra-se abaixo dos valores considerados aceitáveis, o que poderá significar que esta subescala revela espaço para a introdução de melhorias.

Caracterização das crenças de saúde sobre o cancro colo-rectal e do locus de controlo da saúde

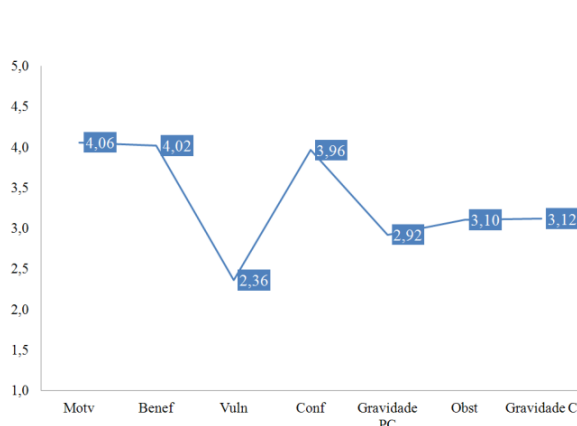


Figura 1: Escala Crenças de Saúde do CCR



Figura 2: Escala Locus de Controlo da Saúde

Segundo a Escala de Crenças de Saúde do CCR as subescalas com valores mais elevados para a amostra em estudo são a ‘Motivação’, ‘Benefícios’ e ‘Confiança’. Deste modo, os sujeitos da amostra revelam uma perceção de motivação e confiança para a saúde, bem como benefícios face ao rastreio do CCR. Os benefícios mais apontados pelos sujeitos desta amostra foram o diagnóstico precoce e a diminuição de probabilidade de morrer de cancro. Quanto aos obstáculos identificados, estes incluem o desconforto associado aos exames de rastreio e os custos monetários. Por seu lado, as subescalas ‘Vulnerabilidade’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ apresentam os valores mais baixos. Para a Escala Locus de Controlo da Saúde, verifica-se que o ‘Locus Interno’ é aquele que predomina entre os sujeitos, o que revela uma perceção de controlo e responsabilidade pela sua saúde.

Relação entre as crenças de saúde e as variáveis sócio-demográficas

No que concerne à variável género, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na subescala ‘Gravidade Consequências’. As mulheres apresentam valores mais elevados de ‘Gravidade Consequências’ ($M=3,22$; $DP=0,79$) do que os homens ($M=2,95$; $DP=0,83$), $t(269)=-2,64$; $p<0,01$. Considerando-se a escolaridade nos quatros níveis referidos no quadro 1, verifica-se que para as subescalas ‘Obstáculos’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com o ensino superior e os restantes. Para a subescala ‘Obstáculos’, $F(3,263)=7,49$; $p<0,001$, verifica-se que o grupo com o ensino superior apresenta valores mais baixos ($M=2,83$; $DP=0,82$) do que os restantes níveis de escolaridade. No que diz respeito à subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ os resultados são semelhantes, exceto para o ensino secundário, no qual não se observam diferenças estatisticamente significativas.

Relação entre as crenças de saúde e as variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos

Os resultados mostram que os sujeitos a quem foi recomendada a realização de um exame de rastreio apresentam valores mais elevados de ‘Confiança’ ($M=4,14$; $DP=0,91$) do que os sujeitos a quem não foi recomendado o exame ($M=3,85$; $DP=0,82$), $t(269)=-2,74$; $p<0,01$. Para a subescala ‘Obstáculos’ também se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos que receberam recomendação médica ($M=2,96$; $DP=0,87$) e aqueles a quem não foi recomendado um exame ($M=3,20$; $DP=0,82$), $t(269)=-2,32$; $p<0,05$. Ou seja, os sujeitos a quem foi recomendado a realização de um exame de rastreio apresentam valores mais elevados de ‘Confiança’ e percecionam menos ‘Obstáculos’ face a um exame de rastreio do CCR.

Quanto à adesão constata-se que os indivíduos que já realizaram um exame de rastreio reportam, em média, menos ‘Obstáculos’ ($M=2,83$; $DP=0,83$) do que os indivíduos que ainda não realizaram nenhum exame ($M=3,23$; $DP=0,83$), $t(269)=-3,62$; $p<0,001$. No que concerne a variável história familiar, verifica-se que os sujeitos com historial familiar de CCR percecionam uma maior ‘Vulnerabilidade’ face ao CCR ($M=2,87$; $DP=0,84$) do que os sujeitos sem historial familiar de CCR ($M=2,27$; $DP=0,78$), $t(269)=4,57$; $p<0,001$. Para a variável historial amigos de CCR não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Por último, no que diz respeito às variáveis de avaliação de conhecimentos verifica-se que os sujeitos com um conhecimento satisfatório dos fatores de risco do CCR apresentam correlações estatisticamente significativas nas subescalas ‘Motivação’ ($r=0,14$; $p<0,05$) e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ ($r=0,20$; $p<0,01$). Isto é, os sujeitos com um conhecimento geral satisfatório dos fatores de risco do CCR apresentam maiores níveis de ‘Motivação’ e ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ face ao CCR.

Relação entre o locus de controlo da saúde e as variáveis sócio-demográficas

No que diz respeito ao nível de escolaridade, verificam-se diferenças estatisticamente significativas na subescala ‘Locus Interno’ $F(3, 263)=7,05$; $p<0,001$, sendo que sujeitos com um nível de formação superior apresentam valores mais elevados ($M=2,73$; $DP=0,65$) do que os sujeitos com os restantes níveis de escolaridade. Para a variável género não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Relação entre o locus de controlo da saúde e as variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos

Os sujeitos a quem foi recomendado a realização de um exame apresentam valores mais elevados na subescala ‘Locus Interno’ ($M=2,66$; $DP=0,74$) do que os sujeitos a quem não foi recomendado um exame ($M=2,43$; $DP=0,71$), $t(269)=-2,65$; $p<0,05$. Para as restantes variáveis clínicas e de avaliação de conhecimentos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Relação entre a recomendação médica e a adesão

Quadro 5

Distribuição da Recomendação Médica de acordo com a Realização ou Não de um Exame de Rastreio

Recomendação Médica	Realizou exame de rastreio				Total
	Sim	%	Não	%	
Sim	75	71,4	30	28,6	105
Não	9	5,4	157	94,6	166
Total	84	31	187	69	271

Perante os resultados apresentados, verifica-se um impacto significativo da recomendação médica na realização de um exame de rastreio do CCR. O quadro 5 revela que 71,4% dos sujeitos a quem foi recomendada a realização de um exame de rastreio aderiram ao mesmo. A realização de um cruzamento evidencia um $\chi^2(1)=131,02$; $p<0,00$, isto é, a probabilidade desta atribuição ser acidental é reduzida.

Quadro 6
Preditores da Adesão (*Regressão Logística*)

	Adesão ⁽¹⁾	
	B	Wald
Variáveis psicológicas		
Motivação	-	-
Benefícios	0,775	5,251*
Vulnerabilidade	-	-
Confiança	-	-
Gravidade Cognitivo	-	-
Obstáculos	-	-
Gravidade Consequências	0,836	6,702**
Locus Interno	-	-
Locus Externo OP	-	-
Locus Externo A	-	-
Nagelkerke R ²		0,14
Variáveis clínicas		
Conhecimentos fatores de risco	-	-
Conhecimentos exames	-	-
Recomendação médica	4,463	57,176***
Historial – familiares	1,184	3,760*
Historial – amigos	-	-
Nagelkerke R ²		0,66
Variáveis sociodemográficas		
Gênero	-	-
Idade	0,072	5,658*
Escolaridade – 1º ciclo	-	-
Escolaridade – 2º e 3º ciclo	-	-
Escolaridade – Secundário	-	-
Nagelkerke R ²		0,67

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nota: Recomendação médica (0 – Não; 1 – Sim); Historial Familiar / Amigos (0 – Não; 1 – Sim); Gênero (0 – Masculino; 1 – Feminino); Escolaridade (categoria de referência – ensino superior).

⁽¹⁾ Já alguma vez realizou um exame de rastreio do cancro colo-rectal?: 0 – Não; 1 – Sim

O quadro 6 evidencia as variáveis independentes com poder preditivo sobre a variável dependente – a adesão, através de um modelo de regressão logística. Deste modo, verifica-se que para as variáveis psicológicas apenas as dimensões ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’ influenciam significativamente a adesão. Seguem-se as variáveis clínicas, que apresentam um valor preditivo particularmente significativo, isto é, a probabilidade de adesão a um exame de rastreio do CCR aumenta exponencialmente (Nagelkerke $R^2 = 0,66$) com a existência de recomendação médica e história familiar de CCR. Por último, no que diz respeito às variáveis sócio-demográficas, observa-se que a idade é a única variável que influencia significativamente a adesão, ou seja, a probabilidade de adesão aumenta com o avanço da faixa etária dos sujeitos.

DISCUSSÃO

A percentagem de adesão ao rastreio do CCR para a amostra em estudo é significativamente baixa (31%). Valores baixos na adesão a este rastreio estão provavelmente relacionados com a ausência de uma recomendação médica, visto que a 61% da amostra não foi recomendada a realização de um exame de rastreio (Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006). Para o grupo que aderiu ao rastreio verifica-se que

71,4% dos sujeitos receberam recomendação médica, resultado que sustenta a hipótese referida anteriormente. Neste sentido, a partir da regressão logística efetuada, também se verifica que a recomendação médica apresenta um valor preditivo significativo sobre a adesão a um exame de rastreio do CCR. Este resultado é consistente com investigações realizadas com diversas populações (James, Greine, Ellerbeck, Feng, & Ahluwalia, 2006; Jo, Maxwell, Wong, & Bastani, 2008; Menees, et al., 2010; Partin, et al., 2010).

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, procedeu-se numa primeira instância a uma Análise Fatorial em Componentes Principais (AFCP) das duas escalas aplicadas, para assim perceber endogenamente a distribuição dos itens nas subescalas latentes para a amostra em estudo. Para a *Escala Crenças de Saúde do CCR* considerou-se a solução a 7 fatores a mais adequada apesar da escala original ser constituída por 6 subescalas. Com esta solução a subescala ‘Gravidade’ da escala original é repartida em duas, as quais foram denominadas: ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ e ‘Gravidade Consequências’. Na primeira estão presentes itens que remetem para o processamento de informação – “Pensar acerca do cancro colo-rectal assusta-me” (item 6), e na segunda a gravidade percecionada centra-se ao nível de possíveis consequências – “Os problemas que pudesse experienciar com o cancro colo-rectal iriam durar muito tempo” (item 9).

Através da AFCP verificou-se que o item 20 – “Fazer exames de rastreio regulares para detetar o cancro colo-rectal, vai-me fazer sentir preocupado/a como o cancro colo-rectal”, apresenta *loadings* significativos em duas subescalas: ‘Gravidade Processamento Cognitivo’ (0,567) e ‘Obstáculos’ (0,489). Apesar do *loading* deste item ser mais elevado na subescala ‘Gravidade Processamento Cognitivo’, ao nível de conteúdo este corresponde à subescala ‘Obstáculos’. Desta forma, considerou-se que a opção mais adequada seria inclui-lo na última.

No que diz respeito às dimensões da *Escala de Crenças de Saúde do CCR*, verificou-se que estas se encontram relacionados com inúmeras variáveis, particularmente com as variáveis demográficas e clínicas. A existência de recomendação médica entre os sujeitos está relacionada com uma elevada perceção de ‘Confiança’ e uma menor perceção de ‘Obstáculos’ face ao rastreio do CCR. Sujeitos com um nível de escolaridade mais alto também percecionam menos obstáculos e uma menor ‘Gravidade Processamento Cognitivo’. A presença de história familiar de CCR entre os participantes está relacionada com uma elevada perceção de ‘Vulnerabilidade’.

Os obstáculos mais apontados pelos participantes foram o desconforto associado aos exames e os custos monetários. Por sua vez, os benefícios percecionados pelos sujeitos consistem no diagnóstico precoce do CCR e a diminuição da probabilidade de morrer de cancro (Jo, Maxwell, Wong, & Bastani, 2008; Rawl, Champion, Menon, & Foster, 2000). Importa salientar que para além do desconforto que algum dos exames embarca (e.g. colonoscopia), fatores emocionais como o medo e o embaraço também podem constituir uma barreira significativa à adesão deste rastreio (Subramanian, et al., 2004). Identificar as características associadas às atitudes negativas face ao rastreio, pode possibilitar o desenvolvimento de programas de educação para a saúde adequados. Estes podem ter como população-alvo aqueles que se revelam mais relutantes em aderir a um exame de rastreio do CCR e desta forma potencia a sua aceitação e adesão nesta população.

Na AFCP para a *Escala Multidimensional Locus de Controlo da Saúde* optou-se pela solução de três fatores, semelhante à escala original. No entanto a distribuição dos itens difere significativamente, na medida em que alguns itens não se distribuem pelas subescalas respetivas. Esta desorganização na distribuição dos itens é particularmente

notória na subescala ‘Locus Externo Outros Poderosos’, visto que é constituída por inúmeros itens pertencentes à subescala ‘Locus Externo Acaso’. Tal deve-se provavelmente às características dos sujeitos em estudo, isto é, para a população portuguesa o sistema de valores está fortemente associado à transcendência (predomínio do catolicismo), o que pode influenciar os sujeitos na distinção entre o ‘Acaso’ e ‘Outros Poderosos’. Estes dois constructos podem ser percecionados como fazendo parte do mesmo grupo – uma entidade externa transcendente. Para além disso, o valor de consistência interna da subescala ‘Locus Interno’ ($\alpha=0,56$) situa-se abaixo dos valores considerados aceitáveis. Neste sentido, constata-se que esta escala deverá ser investigada de forma mais aprofundada, contudo, esta nova distribuição dos itens adequa-se ao sistema de valores da cultura portuguesa. Posto isto, somente para a subescala ‘Locus Interno’ se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pelo que sujeitos com valores elevados nesta escala apresentam um nível de formação académica superior e receberam recomendação médica para a realização de um exame de rastreio.

Das dimensões da Escala Crenças de Saúde do CCR a percepção de ‘Obstáculos’ é a única que diferencia os que realizaram um exame de rastreio dos que não realizaram. Isto é, os indivíduos que já realizaram um exame de rastreio afirmam menos ‘Obstáculos’ do que os indivíduos que ainda não realizaram nenhum exame (Coutinho, 2001; Hay, et al., 2003; Jacobs, 2002). Nesta sequência, através da aplicação de uma Regressão Logística verificou-se que outras subescalas apresentam um valor preditivo sobre a adesão. Assim, sujeitos que apresentam uma maior percepção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’ apresentam uma maior probabilidade de adesão ao rastreio do CCR (Hay, et. al., 2003; Jacobs, 2002; James, Campbell, & Hudson, 2002).

No que diz respeito às variáveis sócio-demográficas a idade surge como o único preditor da adesão, pelo que a probabilidade de aderir ao rastreio aumenta com o avanço da faixa etária dos sujeitos. Este é um padrão reconhecido na literatura (Brennenstuhl, Fuller-Thomson, & Popova, 2010; Partin, et al., 2010; Patrão, 2002; Subramanian, et al., 2004; Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006; Weller, et al., 2007). Apesar da variável género apresentar um valor preditivo em inúmeros estudos (Partin, et al., 2010; Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006; Weller, et al., 2007), para a amostra em estudo tal não se verificou. De acordo com Blackwell (1998), o género não tem sido consistentemente relacionado com a adesão.

Considerado como um dos principais fatores de risco, a história familiar de CCR apresenta um valor preditivo significativo sobre a adesão (Karayurt & Dramali, 2007; Tessaro, Mangone, Parkar, & Pawar, 2006; Wang, Miller, Egleston, Hay, & Weinberg, 2010). Indivíduos com uma história familiar de uma determinada doença tendem a considerar que existe um elevado risco de vir a desenvolver essa doença.

Concluindo, para amostra em estudo de sujeitos portugueses com 50 anos ou mais de idade, uma maior percepção de ‘Benefícios’ e ‘Gravidade Consequências’, receber uma recomendação médica e ter uma história familiar de CCR, constituem preditores significativos na adesão ao rastreio do CCR. A percepção de ‘Obstáculos’ é a única subescala que revela diferenças estatisticamente significativas entre os que realizaram um exame de rastreio dos que não realizaram, sendo que os sujeitos que já aderiram ao rastreio percecionam menos obstáculos. Os principais obstáculos face ao rastreio são desconforto associado aos exames e os custos monetários. Por seu lado, os benefícios mais apontados são o diagnóstico precoce do CCR e a diminuição da probabilidade de morrer de cancro.

Uma das limitações deste estudo consiste na dimensão reduzida da amostra, o que não garante a representatividade da população portuguesa. Segundo, constatou-se que a

distribuição dos itens das escalas originais não se adequa totalmente à amostra em estudo, pelo que a versão traduzida aplicada deve ser melhorada. Apesar destas limitações, o presente estudo encontrou relações estatisticamente significativas entre as crenças de saúde/ locus de controlo da saúde, e as variáveis sócio-demográficas e clínicas/avaliação de conhecimentos, assim como, identificou diversos fatores preditivos na adesão ao rastreio do CCR

À luz destes resultados, para esta e outras populações, uma abordagem multifacetada que inclua programas de educação para a saúde que visem a divulgação das *guidelines* do rastreio do CCR, uma campanha nos *media*, bem como, encorajar indivíduos com 50 ou mais anos de idade a iniciar um diálogo sobre o rastreio do CCR com o seu médico de família, poderá aumentar a taxa de adesão a este rastreio.

REFERÊNCIAS

- Blackwell, B. (1998). Compliance. In G. Fawa & H. Freyberger (Eds), *Handbook of psychosomatic medicine* (pp. 625-638). International Universities Press.
- Brennenstuhl, S., Fuller-Thomson, E., & Popova, S. (2010). Prevalence and factors associated with colo-rectal screening in canadian women. *Journal of Women's Health, 19*, 775-784. doi: 10.1089/jwh.2009.1477
- Cameron, L. D. (1997). Screening for cancer: Illness perceptions and illness worry. In K. J. Petrie & J. A. Weinmah (Eds), *Perceptions of health and illness* (pp. 291-322). Harwood Academic Publishers.
- Champion, V., & Skinner, C. (2008). The Health Belief Model. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds), *Health behaviour and health education: Theory, research and practice* (pp. 45-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- Coutinho, J. (2001). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro da próstata. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*, 107-115.
- Hay, J. L., Ford, J. S., Klein, D., Primavera, L. H., Buckley, T. R., Stein, T. R.,... Ostroff, J. S. (2003). Adherence to colo-rectal cancer screening in mammography-Adherent older women. *Journal of Behaviour Medicine, 26*, 553-576.
- Jacobs, L. (2002). Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colo-rectal cancer and participation in health maintenance visits: A population-based survey. *Cancer Nursing, 25*, 251-265. doi: 10.1097/00002820-200208000-00001
- James, A. S., Campbell, M. K., & Hudson, M. A. (2002). Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: How does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 11*, 529-534.
- Jo, A., Maxwell, A., Wong, W., & Bastani, R. (2008). Colo-rectal cancer screening among undeserved Korean Americans in Los Angeles County. *Journal Immigrant Minority Health, 10*, 119-126. doi: 10.1007/s10903-007-9066-6
- Karayurt, O., & Dramali, A. (2007). Adaptation of Champion's Health Belief Model scale for Turkish women and evaluation of selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing, 30*, 69-77. doi: 10.1097/00002820-200701000-00013
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Mennees, S., Inadomi, J., Elta, G., Korsnes, S., Punch, M., & Aldrich, L. (2010). Colo-rectal cancer screening compliance and contemplation in gynecology patients. *Journal of Women's Health, 19*, 911- 916. doi: 10.1089/jwh.2009.1479

- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Partin, M., Noorbaloochi, S., Grill, J., Burgess, D., Van Ryn, M., Fisher, D.,... Vernon, S. (2010). The interrelationships between and contributions of background, cognitive, and environmental factors to colo-rectal cancer, screening adherence. *Cancer Causes Control*, 21, 1357-1368. doi: 10.1007/s10552-010-9563-0
- Patrão, I., & Leal, I. (2002). Comportamentos de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero: Estudo exploratório numa amostra de utentes do centro de saúde de Peniche. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3, 103-112.
- Rawl, S., Champion, V., Menon, U., & Foster, J. (2000). The impact of age and race on mammography practices. *Health Care for Women International*, 21, 583-597. doi:10.1080/07399330050151833
- Recco, D. C., Luiz, C. B., & Pinto, M. H. (2005). O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: Na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 2, 85-90.
- Rodriguez-Rosero, J., Ferriani, M., & Coleta, M. (2002). Escala de Locus de Controle da Saúde – MHLIC: Estudos de Avaliação. *Revista Latino em Enfermagem*, 10, 179-184.
- Ruiz-Bueno, J. (2000). Locus of control, perceived control and learned helplessness. In V. R. Hill (Ed.), *Handbook of stress, coping and health: Implication for nursing research, theory and practice* (pp. 461-482). Sage Publications.
- Subramanian, S., Klosterman, M., Amonkar, M., & Hunt, T. (2004). Adherence with colo-rectal cancer screening guidelines: A review. *Preventive Medicine*, 38, 536-550. doi:10.1016/j.ypmed.2003.12.011
- Sun, W. Y., Basch, C. E., Wolf, R. L., & Li, X. J. (2004) Factors associated with colorectal cancer screening among Chinese-Americans. *Preventive Medicine*, 39, 323-329. doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.04.029
- Teixeira, J. A. (2002). Psicologia da saúde e prevenção do cancro: Adesão a rastreios oncológicos. *Psicologia: Teoria, Prática e Investigação*, 7, 193-205.
- Tessaro, I., Mangone, C., Parkar, I., & Pawar, V. (2006). Knowledge, barriers, and predictors of colo-rectal cancer screening in an Appalachian church population. *Preventing Chronic Disease – Public Health Research, Practice and Policy*, 3, 1-11.
- Wallston, B. S., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: Review of literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.
- Wang, C., Miller, S., Egleston, B., Hay, J., & Weinberg, D. (2010). Beliefs about the causes of breast and colo-rectal cancer among women in the general population. *Cancer Causes Control*, 21, 99-107. doi: 10.1007/s10552-009-9439-3
- World Gastroenterological Organisation. (2007). *Colorectal Cancer screening* Disponível em <http://www.worldgastroenterology.org>

INDICADORES DE ESPERANÇA ASSOCIADOS AO NÍVEL SÓCIO ECONÔMICO DE HABITANTES DO AMAZONAS-BRASIL

Fabiana Soares Fernandes  1, Suely A. do Nascimento Mascarenhas 1, Lerkiane Miranda de
Morais 1, Mayla Luzia Algayer Peluso 1 e José Luís Pais Ribeiro 2

1- Universidade Federal do Amazonas/Brasil; 2- – Universidade do Porto/ Portugal

O ser humano vive sempre a espera de algo. Espera-se por dias melhores, boas condições de trabalho, aumento no salário, boa qualidade de vida, por boas condições de saúde, educação, entre outros. Deste modo, é válido dizer que a esperança impulsiona o homem em seu dia a dia.

A esperança é uma variável psicológica que tem sido recentemente estudada pela Psicologia Positiva. A importância da esperança na compreensão do comportamento humano tem sido reconhecida há vários anos, porém foi ao longo dos últimos anos, especialmente com o movimento da Psicologia Positiva, os investigadores começaram a desenvolver medidas de mensuração para esse constructo (Marques & Ribeiro, 2006).

Deste modo, a esperança é uma dimensão importante de interesse para a psicologia positiva e da saúde, e está associada ao sentido da vida. Refere-se a um processo cognitivo onde são pensados os objetivos do indivíduo de acordo com suas motivações para a busca de formas de atingir suas metas. Podendo ser entendida como energia cognitiva voltada para objetivos.

Esperança

A palavra esperança é originada do latim, *sperare*. Entendido como o sentimento que leva o homem a olhar para o futuro, considerando-o portador de condições melhores que as oferecidas pelo presente, de tal modo que a luta pelos objetivos da vida, as adversidades e sofrimentos são enfrentados e percebidos como contingência passageira, na marcha para um fim mais elevado com maior valor.

Na perspectiva teológica, a esperança é uma virtude sobrenatural que leva o ser humano a desejar o bem e a realização suprema. Revela a atitude de espera, de aguardar o que se deseja, sempre envolvendo uma expectativa e fé. Sendo a expectativa uma esperança fundamentada em direitos, probabilidades ou perspectivas que se sustenta pela confiança de que o desejado há de se concretizar. Sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja, confiança em coisas boas (Ávila, 1982; Ferreira, 2001; Houaiss, 2001).

Para Snyder (1995), a esperança é um processo de pensamento sobre os objetivos da pessoa, acompanhado com a motivação para atuar neste sentido e de encontrar meios para atingir os respectivos objetivos. É definida ainda pelo mesmo autor como energia cognitiva e percurso para objetivos. Uma elevada esperança reflete um elevado sentido

 - Fabiana Soares Fernandes, UFAM, Rua 29 de Agosto, 786, Centro, Humaitá/AM- Brasil CEP: 69800-000, E-mail: fabianafernandes2801@gmail.com

de energia mental e meio para atingir objetivos significativos. Deste modo, entende-se que a esperança como variável cognitiva possui também componente motivacional e sociocognitivo o que estabelece a esperança como um fenômeno relacionado a aspectos multidimensionais da existência que definem o caminho associando-a a vontade de caminhar (Oliveira, 2010; Snyder, 1995). Outros pesquisadores compreendem a esperança como uma emoção governada essencialmente por regras cognitivas. Sendo uma emoção que se justifica quando os objetivos são importantes, sob o controle do sujeito e socialmente aceitáveis. Todavia, em qualquer situação a esperança implica numa expectativa favorável quanto ao futuro, mais ou menos justificada, visando atender acontecimento agradável ou favorável. No domínio da psicologia da saúde, o estudo do fenômeno da esperança justifica-se pela adoção do paradigma de que saúde, em sentido amplo, inclui um comportamento predominantemente positivo diante da vida na perspectiva de superar as adversidades e conquistar os objetivos pessoais e coletivos (Ribeiro, 2005; 2007).

O sentimento de Esperança influencia o comportamento humano determinando a forma de abordagem dos acontecimentos de modo positivo. A literatura psicológica destaca a centralidade do fenômeno na determinação do nível de resiliência apresentado diante das dificuldades enfrentadas (Ribeiro, 2007; Ribeiro, Pedro & Marques, 2006). A esperança reflete, assim, a crença de que cada um é capaz de encontrar caminhos para atingir objetivos e sentir-se motivado para utilizá-los.

Este conceito baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são orientados para objetivos e de que o pensamento relativo a eles pode ser compreendido através de três componentes distintos: objetivos, caminhos e iniciativa, num sistema dinâmico cognitivo e motivacional que pode ser conceitualizado em termos de capacidade percebida para gerar caminhos para objetivos desejados, e de se auto motivar via pensamento de iniciativa para percorrer esses caminhos (Snyder, 2002).

Os objetivos são os alvos das sequências mentais de ação e variam no grau de especificidade e num quadro temporal entre objetivos imediatos e de longo-prazo. Podem ser considerados como um componente cognitivo que serve de âncora à Teoria da Esperança (Snyder, 2002), providenciando eles as metas para as sequências das ações humanas e são de suma importância para a motivação comportamental subsequente. “Estes são inerentes a todos os comportamentos planejados no sentido em que englobam os “passos” antecipatórios das sequências comportamentais desejadas” (Snyder, 2002). Estes objetivos poderão ser de curto ou de longo prazo, e refletir, por vezes, sub-objetivos de outros maiores e mais complexos.

O pensamento de “caminhos” refere-se à capacidade percebida para gerar caminhos ou percursos mentais para alcançar os objetivos desejados. A capacidade de produzir vários caminhos é muito importante quando o indivíduo encontra impedimentos, considerando-se que os indivíduos com um elevado nível de esperança têm a percepção de serem capazes de encontrar com mais facilidade caminhos alternativos (Snyder, 2002).

O pensamento de “iniciativa” é o componente motivacional da teoria da esperança que reflete as cognições do indivíduo acerca da sua capacidade para começar e continuar um comportamento direcionado para objetivos. Entretanto, para que um indivíduo possa manter uma estratégia para alcançar determinado objetivo é necessário que tenha motivação para fazê-lo, correspondendo à determinação que dá suporte ao movimento para manter as estratégias delineadas (Snyder, 2000).

A “iniciativa” é a crença de que a pessoa é capaz de iniciar, manter e atingir aquilo a que se propôs, e os pensamentos a ela associados servem para motivar, e surgem geralmente como autoafirmações do tipo “Eu sei que sou capaz de fazer isto” ou “Eu vou terminar isto” (Snyder, 2000). Quando o alcançar do objetivo é posto em causa, por

algum motivo, é esta “motivação” que permite encontrar, com sucesso, caminhos alternativos.

Nessa perspectiva, a esperança necessita de “caminhos” e de “iniciativa” em simultâneo, pois as instâncias são interativas e aditivas (Snyder, 2002). De acordo com Snyder (1995), os indivíduos ao pensarem nos seus objetivos fazem uma análise cognitiva da sua “motivação” e dos “caminhos” para os atingirem. Deste modo, a esperança não é mais do que “a energia cognitiva e os caminhos para os objetivos”. De acordo com esta abordagem, a esperança elevada reflete um sentido também elevado de energia mental e de “caminhos” para os objetivos. Nem os “caminhos” nem a “iniciativa”, por si só, são suficientes para produzir níveis de esperança elevados, ambos são necessários para que tal aconteça (Snyder, 1995).

Em suma, conquistar e preservar um sentimento de esperança é de extrema importância para a realização dos objetivos e metas na vida de qualquer ser humano, pois, pessoas esperançosas têm mais possibilidades de enfrentar e superar as muitas dificuldades encontradas no contexto social diariamente do que pessoas com baixo indicador de expectativa quanto ao futuro (Mascarenhas, Morais & Mota, 2013).

Esperança e nível socioeconômico

O homem é um ser social, pois vive em sociedade. Neste contexto estabelece relações sociais, as quais se tornam possível o desenvolvimento do ser humano. Deste modo, é válido ressaltar que o comportamento do homem é influenciado pelos acontecimentos sociais, assim como também influencia neste contexto por meio de suas ações (trabalho). Este caminhar contínuo não é determinado apenas por processos de maturação biológicos ou genéticos. O meio (e por meio entenda-se algo muito amplo, que envolve cultura, sociedade, práticas e interações) é fator de máxima importância no desenvolvimento humano.

A abordagem sócio-interacionista desenvolvida do Vygotsky buscava caracterizar os aspectos tipicamente humanos do comportamento e elaborar hipóteses de como as características humanas se formam ao longo da história do indivíduo (Vygotsky, 1996).

Este autor consolida sua teoria nos seguintes pressupostos:

- ✓ O homem é um ser histórico-social ou, mais abrangentemente, um ser histórico-cultural;
- ✓ O homem é moldado pela cultura que ele próprio cria; o indivíduo é determinado nas interações sociais, ou seja, é por meio da relação com o outro e por ela própria que o indivíduo é determinado;
- ✓ A atividade mental é exclusivamente humana e é resultante da aprendizagem social, da interiorização da cultura e das relações sociais;
- ✓ O desenvolvimento é um longo processo marcado por saltos qualitativos que ocorrem em três momentos: da filogênese (origem da espécie) para a sociogênese (origem da sociedade); da sociogênese para a ontogênese (origem do homem) e da ontogênese para a microgênese (origem do indivíduo único); o desenvolvimento mental é, em sua essência, um processo sociogenético;
- ✓ O processo de interiorização das funções psicológicas superiores é histórico, e as estruturas de percepção, a atenção voluntária, a memória, as emoções, o pensamento, a linguagem, a resolução de problemas e o comportamento assumem diferentes formas, de acordo com o contexto histórico da cultura;

A teoria histórico-cultural ou sociocultural do psiquismo humano de Vygotsky, também conhecida como abordagem sociointeracionista, toma como ponto de partida as funções psicológicas dos indivíduos, a qual classificou de elementares e superiores, para explicar o objeto de estudo da sua psicologia: a consciência. A teoria do desenvolvimento vygotskyana parte da concepção de que todo organismo é ativo e

estabelece contínua interação entre as condições sociais, que são mutáveis, e a base biológica do comportamento humano. Ele observou que o ponto de partida são as estruturas orgânicas elementares, determinadas pela maturação. A partir delas formam-se novas e cada vez mais complexas funções mentais, dependendo da natureza das experiências sociais da criança. Nesta perspectiva, o processo de desenvolvimento segue duas linhas diferentes em sua origem: um processo elementar, de base biológica, e um processo superior de origem sociocultural.

Nesse sentido, é lícito dizer que as funções psicológicas elementares são de origem biológica; estão presentes nas crianças e nos animais; caracterizam-se pelas ações involuntárias (ou reflexas); pelas reações imediatas (ou automáticas) e sofrem controle do ambiente externo. Em contrapartida, as funções psicológicas superiores são de origem social; estão presentes somente no homem; caracterizam-se pela intencionalidade das ações, que são mediadas. Elas resultam da interação entre os fatores biológicos (funções psicológicas elementares) e os culturais, que evoluíram no decorrer da história humana. Dessa forma, Vygotsky considera que as funções psíquicas são de origem sociocultural, pois resultaram da interação do indivíduo com seu contexto cultural e social. Com base nessas alusões, fica justificada a necessidade de levar em consideração o contexto no qual o sujeito está inserido para compreender seu comportamento diante da sociedade. Em acordo com os pressupostos acima, estamos realizando uma pesquisa sobre indicadores de esperança de habitante do Amazonas-Brasil.

A análise realizada neste trabalho sobre indicadores de esperança levou em consideração um fator social, pois associamos a esperança com o nível socioeconômico de moradores do Amazonas-Brasil, apresentando relação entre estas duas variáveis, ou seja, a situação econômica do sujeito interfere nas expectativas quanto ao futuro dos mesmos. Este resultado indica ainda que as questões sociais interferem no comportamento do homem.

Para realizarmos esta análise consideramos necessário fazer a classificação do nível sócio econômico dos sujeitos. A referida classificação foi elaborada com base no Relatório de definição da classe média no Brasil (2012) da Secretária de Assuntos Estratégicos do Governo Federal-Brasil. Classe Baixa (de 0 até 02 salários mínimo); Classe Média Baixa (entre 02 e 04 salários mínimo); Classe Média Média (entre 04 e 10 salários mínimo) e Classe Média Alta (acima de 10 salários mínimos).

Este trabalho tem como objetivo apresentar resultados parciais de pesquisa sobre indicadores de Esperança associados à renda familiar de habitantes do Amazonas

MÉTODO

A referida pesquisa é de cunho quantitativo. A pesquisa quantitativa tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (Polit, Becker & Hungler, 2004).

Participantes

A amostra analisada neste trabalho é composta por $n = 522$ habitantes residentes no Estado do Amazonas, localizado na Região Norte do Brasil. Destes 522 habitantes, 32 % residem no Município de Humaitá, 42 % Manicoré, 7,4 % Lábrea, 11 % Benjamin Constant, 6,3 % Tabatinga e 1,5 % em Manaus. Com relação à idade esta amostra é composta por 65,3 % de Jovens Adultos (com idades entre 18 e 25 anos); 34,6 % Adultos (com idades 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 % caboclos⁴² 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.

Estes indicadores apontam para o fato que, a maioria das famílias dos sujeitos desta pesquisa sobrevive com o mínimo possível, e muitas das vezes a renda das mesmas chega não ser suficiente para atender as necessidades básicas e essenciais para a sobrevivência do ser humano na sociedade. Com isso, essas famílias acabam não tendo condições de usufruir das muitas opções de lazer, cultura entre outros que o mundo oferece. Isso sem falar no acesso a saúde e educação oferecida pelo setor privado. Isso faz com que essas pessoas sejam obrigadas a utilizar apenas os serviços públicos, os quais muitas das vezes deixam a desejar. Esta pesquisa acredita que toda essa conjuntura exerce efeito sobre a expectativa positiva quanto ao futuro. Em virtude disso, associamos o constructo da esperança com o nível sócio econômico dos sujeitos da pesquisa, os resultados e discussões serão descritos no tópico seguinte.

Material

O método quantitativo de pesquisa tem no questionário uma de suas grandes ferramentas. É pelos resultados obtidos nessa técnica de coleta de dados que são feitas as induções, que hora confirmam as suposições inicialmente levantadas pelo pesquisador, e hora as refutam. Os dados analisados neste estudo foram obtidos a partir da aplicação Escala sobre Esperança (Barros, 2001; adaptação Mascarenhas, 2010). Repartida numa escala Likert de 5 pontos, 1, Totalmente em desacordo e 5, Totalmente de acordo. Esta escala é composta por 6 itens relacionados ao constructo da esperança.

Procedimento

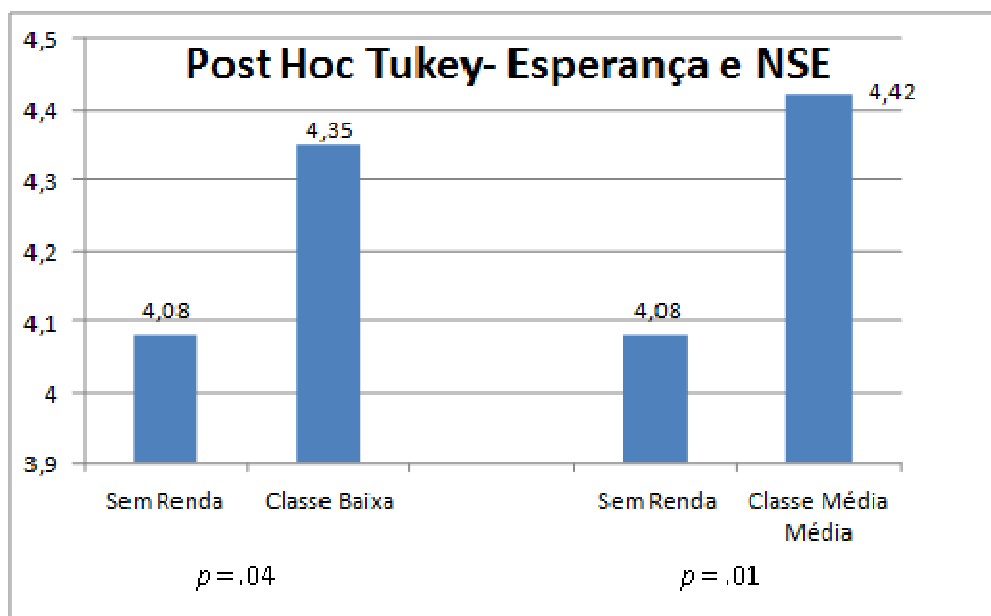
Os sujeitos participaram anonimamente e voluntariamente da investigação após serem informados dos objetivos, sendo observados os procedimentos éticos vigentes. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2013, sendo esta realizada pelos pesquisadores e acadêmicos participantes do projeto. Para o tratamento e análise dos dados recorreu-se ao programa estatístico SPSS para Windows versão 15.0, observando objetivos da investigação e aporte teórico específico do tema em estudo.

RESULTADOS

Da análise de variância univariada (ANOVA) realizada, registraram-se diferenças estatisticamente significativas entre o Nível Sócio Econômico e a Esperança, embora com pequena dimensão, mas com potencia de teste muito boa ($F(4,11) = 4,14$; $p = 0,003$; $\eta^2 p = 0,031$; $\pi = 0,91$). De acordo com o Post Hoc Tukey HSD, a maior diferença encontra-se entre os participantes Sem Renda ($M = 4,08$; $DP = 0,95$) e a Classe Baixa

⁴² O caboclo é a mistura do índio com o branco que resultou na maioria da população da região Norte do Brasil e de alguns estados do Nordeste. Na contagem Populacional do Brasil os caboclos também são considerados “pardos”, daí existir uma dificuldade em quantificar esse grupo.

($M = 4,35$; $DP = 0,78$) e a Classe Média Média ($M = 4,42$; $DP = 0,62$). Esta análise está exemplificada no gráfico abaixo.



Fonte: Banco de dados projeto: Mapeamento do contexto socioeducativo e avaliação do bem-estar subjetivo, bem-estar psicossocial, resiliência, otimismo e esperança de habitantes do Amazonas (inclusive povos e “comunidades” tradicionais), analisando seus efeitos sobre o exercício da cidadania. (CNPq, Processo 484218-2011-5-Edital universal 14-2011).

DISCUSSÃO

Com base nestes resultados, pode-se afirmar que o constructo da esperança está associado ao nível sócio econômico, indicando para o fato de que, quanto maior a renda familiar do sujeito, maiores são os indicadores de esperança apresentado pelo indivíduo. Porém não nos cabe, neste trabalho, atribuir ou justificar tais constatações, tendo em vista nossos objetivos. O que não nos impede de influir algumas hipóteses como possíveis causas desta diferença nos níveis de esperança desta população.

Poderíamos dizer então que, as famílias que possuem melhor renda demonstram-se mais esperançosas talvez por terem a possibilidade de melhor acessibilidade aos serviços de saúde e de educação, ou talvez a diferença seja simplesmente pelo maior poder aquisitivo, ou ainda pode ser causada pela falta de perspectiva da população com menor renda, entre outras. Ou seja, as possibilidades são varias e configuram questões para futuros trabalhos sobre indicadores de esperança apresentadas por habitantes do Amazonas-Brasil.

Tomando em consideração a totalidade das informações apresentadas e analisadas neste estudo os indicadores do fenômeno psicológico que representa o sentimento de esperança dos participantes da amostra que habitam contextos sociais do interior amazônico são positivos. Com o aporte de tais informações e conhecimentos acerca do modo de viver e representar a realidade da vida por parte dos participantes da pesquisa habitantes do contexto do interior da Amazônia brasileira apresenta-se um promissor campo de pesquisa neste domínio das ciências humanas. Pelas informações apresentadas, a pesquisa atingiu o objetivo preliminar que é demonstrar que o constructo da esperança está associado ao nível sócio econômico de habitantes do Amazonas/Amazônia/Brasil,

sinalizando para a continuidade de estudos e pesquisas neste domínio e cenário histórico e sociocultural amazônico.

Agradecimentos

Estudo realizado ao abrigo do Projeto de Pesquisa nº = 484218/2011-5 Edital Universal 14/2011/CNPq, uma iniciativa do Laboratório de Avaliação Psicopedagógica, Educacional Social e Histórico Cultural da Amazônia – LAPESAM-UFAM/FAPEAM/CNPq,

REFERÊNCIAS

- Brasil, (2012). *Relatório para definição da classe média no Brasil*. Recuperado em 24 de novembro de 2013 de www.sae.gov.br
- Ferreira, A. B. de H. (1998). *Dicionário da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Houaiss, A. (2001). *Grande dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*, Rio de Janeiro: Objetiva.
- Mascarenhas, S. A. do N., Moraes, L. M., & Mota, F.G. (2013). Expectativas-esperança positiva quanto ao futuro e rendimento acadêmico no Ensino Superior. In: Suely A. do Nascimento Mascarenhas (coordenadora). *Determinantes do rendimento e do bem estar psicossocial em contextos educativos formais*. São Paulo: Edições Loyola.
- Oliveira, J. H. B. de O. (2010). *Psicologia positiva uma nova psicologia*. Porto Codex: Livipsic.
- Polít, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Trad. de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. P. L. (2005). *O importante é a saúde*, Lisboa, Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ribeiro, J. L., Pedro, L., & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In I. Leal, J. Ribeiro, & S.N. Jesus, (Eds). *Actas 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 75-81), Lisboa, ISPA,.
- Ribeiro, J. P. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde*, 2ª edição, Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. L. P. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*, Porto: Livipsic.
- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and development*, 73, 355-360. doi:org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x
- Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 11-28. doi:org/10.1521/jscp.2000.19.1.11
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275. doi:org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Psicologia positiva uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Vygotsky, L. S. (1996). *A formação social da mente*. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

ESPIRITUALIDADE E MINDFULNESS EM DOENTES PSIQUIÁTRICOS

Joao Pedro Silva ✉ e Anabela Pereira

DE, Universidade de Aveiro, CIDTFF

A espiritualidade poderá ser tida como um construto, complexo, que poderá relacionar-se com vários aspectos do quotidiano. No que respeita à psicologia, existem posturas dissonantes em relação a este conceito. Alguns consideram a espiritualidade ora como um derivado psicopatológico (Ellis, 1971; Freud, 1961; Watson, 1983) ora como um potencial humano latente (Frankl, 2007, 2008; Grof, 2007; Jung, 1999; Maslow, 1994, 1998; Perls, 1976). Mesmo assim há quem afirme que a psicologia não deve conceptualizar nem proceder à avaliação desta (Belzen, 2009) e, também, encontramos quem assevere o oposto (Nelson & Slife, 2012). No entanto, verificamos na bibliografia de referência algumas definições de espiritualidade. Assume-se como importante esclarecer, complementarmente, a distinção entre espiritualidade e religião. A religião compreende um contíguo de práticas grupais instauradas – em função de dogmas – que podem não abarcar realização espiritual (Hood, Hill & Spilka, 2009; Zinnbauer & Pargament, 2005). Em James (2008), verificamos que a religião é tida como sendo a relação entre o indivíduo e o divino que comporta características morais e rituais. A espiritualidade, por outro lado, relaciona-se com a necessidade do sujeito em transcender-se ou, superar os limites do seu Ego (Chandler, Holden, & Kolander, 1992). Algo muito similar à noção de auto actualização de Maslow (1998), o que nos leva a pressupor que este constructo apossa-se de uma natureza noética – assumindo uma qualidade subtil de difícil mensuração. Por este motivo, entender o estado *mindful* parece ser relevante para a elucidação de uma postura espiritual.

O estado *mindful* (estado modificado de consciência similar ao estado crepuscular ordenado) tem origem nas práticas meditativas e espirituais – de auto-actualização – provenientes do oriente, que visam um estado de total aceitação e alerta ao momento presente (Brown, Marquis & Guiffreda, 2013; Slade, 2010). Mace (2008) considera que este estado de consciência tem implicações na capacidade perceptual de organização das experiências individuais do quotidiano. O *mindfulness* (acto de estar *mindful*), relaciona-se com uma parca sintomatologia psicopatológica (Gilbert & Christopher, 2010; Kaviani, Javaheri & Hatami, 2011; Mandal, Arya & Pandey, 2012) o que parece ser promotor para o desenvolvimento da saúde (Hoffman, 2010).

Tendo em consideração o papel preponderante que vários autores (Pargament, Murray-Swank & Tarakeshwar, 2005) atribuem à espiritualidade na génese da sintomatologia psicopatológica e no seu tratamento, no presente artigo, pretende-se averiguar da pertinência do papel da espiritualidade e do estado de *mindful* em utentes psiquiátricos.

✉ - Joao Pedro Silva ,Universidade de Aveiro, E-mail: joaopedro.ferreiradasilva@ua.pt

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 96 utentes psiquiátricos, sendo 37 (38,5%) do sexo masculino e 59 (61,5%) do sexo feminino, cujas idades variam entre 21 e 73 anos ($M=50,58$; $DP=12,53$). Estes utentes foram seleccionados em função quadros de diagnóstico que possuem, atendendo a critérios de exclusão como oligofrenias, demências e demais debilidades cuja severidade impossibilite a sua participação. Os diagnósticos foram agrupados em *clusters* que atendem às características psicopatológicas, formando entidades nosológicas passíveis de serem tratadas estatisticamente. Tal foi uma necessidade, dado que alguns utentes possuíam um diagnóstico provisório ou classificado de “Sem Outra Especificação” dentro de uma categoria nosológica. As comorbilidades foram excluídas.

Material

Utilizaram-se medidas de auto-registo, que foram preenchidas pelos próprios utentes perante o investigador. Elaborou-se um Questionário de Dados Sócio-Demográfico constituído por questões de resposta fechada sobre a idade, sexo, estado civil, nível educacional, estatuto ocupacional, origem étnica e religião.

Para avaliar a espiritualidade foi aplicada a Escala de Avaliação da Espiritualidade que possui duas dimensões espirituais: uma dimensão vertical, associada com o transcendente (Crenças); e uma dimensão horizontal de enfoque existencialista, enquadrado no sentido de Esperança/Otimismo (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). A escala é composta por 5 *itens*, cujas pontuações obtidas podem variar entre 1 e 4. De modo a obter um indicador para o estado *mindful* aplicou-se a escala psicométrica RICH (Relaxamento, Insight, Contacto, Harmonia) desenvolvida por Nylicek e Teixeira (2013), contendo 4 *itens* de resposta tipo Likert cujas pontuações variam entre 1 e 10.

Procedimentos

A selecção dos participantes teve o apoio da equipa de enfermagem, que sinalizou os utentes que cumpriam os critérios de inclusão. Posteriormente, estabeleceu-se o contacto com os responsáveis dos *ateliers* do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Hospital Magalhães Lemos, EPE para o encaminhamento de utentes que foram, prontamente, convocados. A estes fora-lhes explicado o objectivo do estudo e aplicados os inventários, de um modo individual, tendo sido garantidas as questões éticas e de confidencialidade.

RESULTADOS

Ao analisarmos a relação entre crenças espirituais e o estado *mindful*, verificamos por meio da análise correlacional de Spearman uma correlação positiva, estatisticamente significativa, da variável Crenças com as variáveis Relaxamento ($r=0,22$; $p=0,02$), Insight ($r=0,25$; $p=0,01$) Contacto ($r=0,34$; $p<0,001$), bem como desta primeira com a variável Harmonia ($r=0,44$; $p<0,0001$). Segundo uma análise correlacional de Spearman, verifica-se a existência de uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a variável Crenças e a variável Esperança/Otimismo ($r=0,58$; $p<0,0001$).

Ao se analisar as prováveis diferenças entre sexos ao nível de crenças espirituais e *mindfulness* mediante um teste t verifica-se que não existem diferenças entre os doentes do sexo masculino e feminino face à postura espiritual [$t(94)=0,04$; $p<0,96$] e ao grau de esperança/otimismo [$t(94)=0,03$; $p<0,97$] (quadro 1), bem como, sugere que os doentes masculinos não diferem dos femininos em relação ao estado *mindful*,

nomeadamente nos domínios Relaxamento [$t(94)=0,42$; $p<0,67$], Insight [$t(94)=-0,10$; $p<0,92$], Contacto [$t(94)=0,03$; $p<0,97$] e Harmonia [$t(94)=-0,37$; $p<0,71$] (quadro 2).

Quadro 1

Diferenças Entre Sexos a Nível de Crenças Espirituais e Esperança

	Sexo Masculino <i>M (DP)</i>	Sexo Feminino <i>M (DP)</i>	Teste- <i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2- tailed)
Crenças	2,98 (0,98)	2,97 (0,97)	0,04	94	0,96
Esperança/Otimismo	2,61 (0,86)	2,60 (0,84)	0,03	94	0,97

Quadro 2

Diferenças Entre Sexos a Nível de Mindfulness

	Sexo Masculino <i>M (DP)</i>	Sexo Feminino <i>M (DP)</i>	Teste- <i>t</i>	<i>df</i>	Sig. (2- tailed)
Relaxamento	5,57 (1,83)	5,36 (2,64)	0,42	94	0,67
Insight	6,16 (2,51)	6,22 (2,93)	0,10	94	0,92
Contacto	5,92 (2,25)	5,90 (2,89)	0,03	94	0,97
Harmonia	5,97 (2,66)	6,20 (3,13)	0,37	94	0,71

No que concerne às diferenças entre utentes com quadros diagnósticos específicos, o Teste de Kruskal-Wallis sugere que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos de Diagnóstico ao nível de Crenças [$X^2(8)=10,92$; $p<0,20$] e, também, indica que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos caracterizados pelo Diagnóstico ao nível do Relaxamento [$X^2(8)=7,25$; $p<0,50$], Insight [$X^2(8)=10,18$; $p<0,25$], Contacto [$X^2(8)=7,88$; $p<0,44$] e Harmonia [$X^2(8)=9,56$; $p<0,29$].

O Teste de Kruskal-Wallis, também, sugere existir diferenças estatisticamente significativas entre utentes com determinados credos religiosos ao nível do grau de espiritualidade [$X^2(4)=13,95$; $p<0,007$]. Os dados obtidos por este teste sugerem, igualmente, que não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre estes grupos ao nível do Relaxamento [$X^2(4)=1,65$; $p<0,79$], Insight [$X^2(4)=3,92$; $p<0,41$], Contacto [$X^2(4)=3,55$; $p<0,47$] e Harmonia [$X^2(4)=1,53$; $p<0,82$].

DISCUSSÃO

Os dados estatísticos indicam que variâncias nas crenças espirituais associam-se positivamente a variâncias no estado *mindful*, ainda que os valores correlativos sejam parcamente moderados. Estes resultados sugerem que a postura espiritual destes utentes tem contornos mais utilitários do que uma natureza vivencial ou atitudinal. Mesmo assim, estes mesmos dados suportam as conclusões de Greeson e colaboradores (2011) que asseveram a relação indissociável entre espiritualidade e *mindfulness*, sendo esta benéfica para a saúde mental. É evidente, também, a associação entre espiritualidade e esperança/otimismo, que serve de base aos pressupostos de Rovers e Kocum (2010) que enquadram a esperança como uma faceta da espiritualidade, atribuindo a esta uma qualidade existencial e de construção de sentido.

Atendendo aos credos religiosos dos utentes, constata-se que existem diferenças entre os mesmos a nível de crenças espirituais mas não a nível de *mindfulness* o que pode sugerir que as mesmas diferenças, podem dever-se ao facto haver utentes mais praticantes do que outros ou com uma maior espiritualidade utilitária. Verifica-se que determinados quadros diagnósticos não influenciam quer a postura espiritual quer o

estado *mindful*, bem como, o género sexual dos utentes não determina uma maior predisposição para o estabelecimento de crenças espirituais.

Em síntese, os doentes psiquiátricos são passíveis de apresentarem necessidades espirituais; cuja utilidade se centra na construção de um sentido – para a vida ou para a sua condição. Compete aos profissionais de saúde mental – sejam psicólogos, psiquiatras ou psicoterapeutas – determinar se estas necessidades existem num dado utente e se, de facto, estas são úteis na actividade terapêutica.

REFERÊNCIAS

- Belzen, J. A. (2009). Studying the specificity of spirituality: lessons from the psychology of religion. *Mental Health, Religion & Culture*, 12, 205-222. doi: 10.1080/13674670802456606
- Brown, A. P., Marquis, A., & Guiffida, D. A. (2013). Mindfulness-Based Interventions in Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 91, 96-104. doi:org/10.1002/j.1556-6676.2013.00077.x
- Chandler, C. K., Holden, J. M., & Kolander, C. A. (1992). Counseling for Spiritual Wellness: Theory and Practice. *Journal of Counseling & Development*, 71, 168-175. doi:org/10.1002/j.1556-6676.1992.tb02193.x
- Ellis, A. (1971). *The case against religion: A psychotherapist's view*. New York: Institute for Rational Living
- Frankl, V. E. (2007). *A presença ignorada de Deus: psicoterapia e religião*. Petrópolis: Sinodal; Vozes
- Frankl, V. E. (2008). *Em Busca de Sentido: Um Psicólogo num Campo de Concentração*. Petrópolis: Sinodal; Vozes
- Freud, S. (1961). *The future of an illusion*. New York: Norton
- Gilbert, B. D., & Christopher, M. S. (2010). Mindfulness-Based Attention as a Moderator in the Relationship Between Depressive Affect and Negative Cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 514-521. doi:org/10.1007/s10608-009-9282-6
- Greeson, J. M., Webber, D. M., Smoski, M. J., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Suarez, E. C., & Wolever, R. Q. (2011). Changes in spirituality partly explains health-related quality of life outcomes after Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 508-518. doi:org/10.1007/s10865-011-9332-x
- Grof, S. (2007). *A Psicologia do Futuro*. Porto: Via Óptima
- Hoffman, C. (2010). Does mindfulness increase wellbeing? *Journal of Holistic Health Care*, 7, 45-48
- Jung, C. G. (1999). *Psicologia e Religião*. Petrópolis: Vozes
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) Reduces Depression and Anxiety Induced by Real Stressful Setting in Non Clinical Population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11, 285-296
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science*. New York: Routledge
- Mandal, S. P., Arya, Y. K., & Pandey, R. (2012). Mental Health and Mindfulness: Mediatonal Role of Positive and Negative Affect. *SIS Journal of Projective Psychiatry and Mental Health*, 19, 150-159
- Maslow, A. (1994). *Religions, Values and Peak Experiences*. New York: Penguin Books
- Maslow, A. (1998). *Toward a Psychology of Being*. New York: John Wiley & Sons

- Nelson, J. M., & Slife, B. D. (2012). Theoretical and Epistemological Foundations. In J.L.Miller (Ed.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (p.21-35). New York: Oxford University Press
- Nyliceck, I., & Teixeira, R. J. (2013). *RICH - Relaxamento, Insight, Contacto e Harmonia*. [Texto Polocopiado, Universidade de Aveiro].
- Pargament, K. I., Murray-Swank, N. A., & Tarakeshwar, N. (2005). An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 155-165. doi: 10.1080/13694670500138940
- Perls, F. (1976). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. New York: Bantam Books
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21, 47-53
- Rovers, M., & Kocum, L. (2010). Development of a Holistic Model of Spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 12, 2-24. doi:org/10.1080/19349630903495475
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26. doi: 10.1186/1472-6963-10-26
- Watson, J. B. (1983). *Psychology from the standpoint of a behaviorist*. Dover, NH: Pinter
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and Spirituality. In R.Paloutzian, & C.Park, (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (p.21-42). New York: Guilford Press

HIPNOSE EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Susana Bertoquini ✉¹, Fátima Almeida ², Rosa Rodrigues ² e José Costa ²

1- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2 - Universidade Fernando Pessoa, Porto

Segundo (Neubern, 2003a; 2003b, cit. in Neubern, 2004), a psicologia clínica não pode contar com a validade empírica de uma ciência de laboratório, embora tenha adquirido os principais conceitos científicos, como o universalismo, o determinismo e o mecanicismo. Contudo, nunca pôde atingir, à semelhança das ciências humanas e sociais, a validade empírica das ciências tradicionais, tendo ficado a meio caminho de um reconhecimento total (Neubern, 2003, cit. in Neubern, 2006). Esta constatação é-nos dada pelo facto deste ramo da ciência se encontrar dividido em várias escolas, não sendo possível garantir a hegemonia de nenhuma delas sobre as outras (Neubern, 2004; Stengers, 1995).

Embora tenha estado ligada desde o início ou mesmo precedido à psicologia clínica, a hipnose cedo foi ostracizada por aquela, por estar associada a um período não-científico (Marx & Hillix, 1978; Schultz & Schultz, 1981), por parecer uma abordagem ineficaz e ultrapassada e razoavelmente substituída por métodos científicos mais confiáveis e eficazes (Chertok & Stengers, 1999). As críticas foram várias: que seria um processo que não atingia as causas dos problemas e por isso poderia favorecer a substituição de sintomas; que poderia incitar condutas perigosas, anti-sociais e acidentes; que implicava a submissão total ao terapeuta o que originaria a perda do senso crítico e moral (Melchior, 1998; Yapko, 1992). No que respeita ao poder do terapeuta, dizem-nos Erickson e Rossi (1979; 1980), que, o poder no processo hipnótico é só uma réplica do que se passa nas psicoterapias e nas relações humanas em geral, logo não faz sentido estar a apontá-lo como um obstáculo à cientificidade, único da hipnose.

Outro factor importante que ajudou ao seu isolamento e consequente estagnação, foi o conceito de inconsciente desenvolvido por Freud. Segundo este, o inconsciente é uma realidade independente da vontade do sujeito. Com esta doutrina, seria dado um golpe duríssimo contra as abordagens da hipnose, pois, deste modo, não haveria lugar para os mistérios que a rodeavam e para a ausência de explicações com validade empírica para as curas que produzia (Neubern, 2004). A grande contradição viria a ocorrer já no final da vida de Freud, quando o mestre admitiu que a psicanálise não era mais eficaz, nem as curas que produzia, mais duradouras, que os outros métodos (Chertok & Stengers, 1999). Contudo, as instituições psicanalíticas que deram continuidade à doutrina, relevaram este facto importantíssimo e que poderia levar a novas leituras sobre os

✉ - Susana Bertoquini, Morada: Pç Fernando Campos, 109, hab 4, 4425-450 Maia, mail: susanabertoquini@gmail.com

processos hipnóticos, continuando a apelidá-la de ineficaz e não científica (Neubern, 2004). Contudo, a história demonstra o contrário. Mesmo sem atender as exigências da cientificidade, ela sempre foi marcada pela eficiência terapêutica de suas abordagens por meio da obra dos mais distintos autores em diferentes épocas (Melchior, 1998). Além disso, a hipnose trouxe sempre para a psicologia clínica reflexões contundentes (Stengers, 2001). Sua prática permite conceber que é possível lidar com a mente para transformá-la, sem, contudo, conhecê-la segundo as exigências científicas. De um certo modo, a recuperação da hipnose por meio de Milton Erickson (Erickson & Rossi, 1979, 1980), parece retomar a ideia de que nada mudou, uma vez que ela se constitui num conhecimento que não traz respostas e que não explica, apesar da sua eficiência clínica e dos espaços institucionais que conquista aos poucos em vários países (Neubern, 2006).

Relativamente às estratégias terapêuticas no campo da hipnose podemos dizer que o relaxamento descende da hipnose (Serra, 2002). Na tentativa de explicar a presente afirmação, serão abordados alguns conceitos e definições que ajudarão na sua distinção.

A hipnose é um fenómeno de transmissão cultural que advém do mais longínquo conhecimento ancestral. Ao longo do tempo, que a noção de hipnose e os esforços realizados para tentar explicar esse processo, têm sofrido inúmeras alterações. Muitas culturas têm utilizado a prática da hipnose sob diversas formas, onde o suporte essencial da comunicação é a sugestão (Ferreira, 2006).

William T. Heron (1958, p.51), no livro *Aplicações Clínicas da Sugestão e da Hipnose* refere que “a hipnose é e deve ser considerada como um fenómeno psicológico natural, e o papel do hipnotista é, simplesmente, o de um instrutor ou professor que auxilia o paciente a realizar o estado de hipnose”. Uma das definições mais comumente aceites, actualmente, refere que a hipnose é um “Estado de consciência particular (entre a vigília e o sono) induzido pela sugestão de outra pessoa – chamada «hipnotizador(a)» – e caracterizado por uma susceptibilidade acrescida à influencia dela e por uma diminuição da receptividade às outras influências.” (Viçoso, 2008, p. 490).

No decorrer do século XX, Milton H. Erickson (1901 – 1980), retratado como o melhor hipnólogo, concebe a hipnose como um fenómeno que vem de dentro do indivíduo para fora dele. Afirma que as transformações ocorrem por mérito do hipnotizado e não do hipnotizador. Enquanto que a hipnose, sob uma perspectiva tradicional, progride de fora para dentro do indivíduo (Paixão, 2009). Quanto ao relaxamento, no âmbito psicofisiológico, é descrito como um estado de “Lentificação ou repouso voluntário do tónus muscular” (Viçoso, 2008, p. 575). Já o conceito de relaxamento mental é caracterizado por um “Método terapêutico que, mediante técnicas bem definidas produzindo um estado de repouso muscular mais ou menos voluntário, procura reduzir a tensão, a ansiedade e o desequilíbrio emocional de um sujeito.” (Viçoso, 2008, p. 575).

A noção de relaxamento evoluiu no decorrer do século XIX, embora somente no século XX dois autores tenham sobressaído nesta temática. O psiquiatra alemão Johannes Heinrich Schultz (1884-1979, cit. in Serra, 2002) que desenvolveu um método de relaxamento designado por “treino autógeno” e o neurofisiologista Edmund Jacobson (1938, cit. in Serra, 2002), de origem alemã, que criou um novo método intitulado como “psicoterapia fisiológica”.

O “treino autógeno” de Schultz provém do aprendizado efectuado do método de Oskar Vogt classificado por “auto-hipnose de repouso profilático”. O “treino autógeno” consistia na aplicação de técnicas por sugestão e em interpretações realizadas com base na psicanálise. Enquanto que a “psicoterapia fisiológica” de Jacobson, não partilhando dessas técnicas, demonstrou que, a presença de tensão muscular, permanece durante os vários estados emotivos. Partindo dessa premissa, o método de Jacobson sugeria uma

redução gradual do funcionamento muscular permitindo obter, em simultâneo, a libertação da tensão mental (Erllich, 1986). Outro factor importante neste âmbito reporta à aplicação de diferentes métodos que proporcionam diferentes níveis de relaxamento.

De acordo com Lichstein (1988), importa distinguir relaxamento profundo de relaxamento superficial. Ambos os métodos demonstram ser eficazes no controlo do stress e da ansiedade, proporcionando competências para lidar com o stress. O relaxamento profundo abrange uma série de procedimentos que promovem um resultado amplificado. É realizado num ambiente tranquilo, em que o indivíduo se encontra na posição horizontal, possibilitando o relaxamento integral do corpo. Como exemplo, o autor sugere o relaxamento progressivo, a meditação e o treino autogénico. O relaxamento superficial tem como finalidade libertar, de forma célere, o excesso de tensão acumulada no organismo. Consiste na aplicação de técnicas que criam um resultado imediato e que podem ser utilizadas, no dia-a-dia, sempre que o indivíduo se confronta com eventos de stress. Estas técnicas baseiam-se, habitualmente, em versões breves das utilizadas no relaxamento profundo. Existe, actualmente, uma multiplicidade de métodos de relaxamento físico e psicológico. Esses métodos incluem técnicas de relaxamento profundo e superficial que, frequentemente, são categorizados como relaxamento físico ou psicológico, sem grande rigidez (Payne, 2003). A título de exemplo, seguidamente serão citados alguns dos métodos físicos mais conhecidos (Payne, 2003): O relaxamento diferencial; exercício físico (pode incluir técnicas de respiração e alongamentos); métodos de respiração; o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1938); o relaxamento comportamental de Poppen (1988); o relaxamento aplicado de Ost (1987); a técnica de Alexander (1932); a versão alterada de Bernstein e Borkovec (1973); o método de Mitchell (1987); o relaxamento passivo de Everly e Rosenfeld (1981); o método de libertação de Maddler (1981).

Quanto aos métodos psicológicos, referenciam-se os seguintes: A meditação, a auto-consciencialização, a visualização dirigida para objectivos, fantasiar (Payne, 2003), o relaxamento de Benson (1976) e o treino autogénico de Schultz e Luthe (1969). Na hipnoterapia, a terapia realizada no estado de hipnose, é necessário induzir o indivíduo, através de sugestões. Inicialmente levando-o a fechar os olhos, a sossegar a mente e a relaxar o corpo. Para que a sua atenção fique focalizada no seu interior e não no exterior, como acontece no estado desperto. Quando entra no estado de transe hipnótico, o indivíduo sente-se calmo, relaxado e vão-se instalando sentimentos de segurança e de tranquilidade. Lentamente, vai-se desprendendo do seu lado racional, a voz da censura, porque não está a ser requisitado e por isso não necessita de estar vigilante. É de enorme importância que exista um vínculo de confiança entre o hipnotizador e o hipnotizado. Desta forma o indivíduo hipnotizado pode sentir-se totalmente seguro e relaxar completamente, aceitando todas as sugestões do hipnotizador (Vilardebó, 2008).

A designação de “Transe Hipnótico”, posteriormente também denominada de “Estado Alterado de Consciência”, surge com James Braid que explica que o transe é alcançado “pela fadiga dos órgãos sensoriais, especialmente a visão” (Filho, 2009, p.22). Para tal é imprescindível que o paciente obtenha, num determinado período de tempo, um estímulo insistente, monótono e constante. Este conceito é igualmente classificado como Hipnose por Fascinação, não sendo, no entanto, um protótipo tradicional de prática clínica (Filho, 2009). De salientar que, existem diferentes níveis de profundidade de transe, e dependendo do nível em que o indivíduo hipnotizado se encontra, as suas reacções sofrem alterações. Vilardebó (2008) refere a existência de três níveis de profundidade de transe hipnótico: Transe leve, transe de meia profundidade e transe profundo. No estado de transe leve ocorrem as seguintes manifestações: Fechar de olhos, ritmo respiratório mais sereno, mente calma, relaxamento físico – o corpo entra em

letargia, e o foco de atenção do indivíduo vira-se para o seu interior. O estado de transe de meia profundidade é caracterizado por impressões de oscilação, variações físicas – “possíveis dormência, analgesia, leveza, peso, etc.” (Vilardebó, 2008, p.27). O pensamento vagueia e a atenção interna restringe-se.

No estado de transe profundo, o indivíduo hipnotizado, aparenta estar num sono intenso. Perante as sugestões do hipnotizador, apresenta frequentemente, respostas lentificadas e quando desperta, geralmente, não tem memória do que aconteceu durante o período de transe. “É um estado semelhante ao sonambulismo” (Vilardebó, 2008, p.27). Ao longo dos tempos que a história da hipnose atesta a existência de relatos de cirurgias realizadas, sem medicação anestésica, no estado de transe profundo. Pois é neste estado hipnótico que se pode instalar a analgesia. Investigações realizadas no estado de hipnose comprovaram, através da monitorização de uma tomografia axial cerebral (TAC) e de um electroencefalograma (EEG), a existência de igual actividade cerebral em ambos os hemisférios frontais. O que significa que tanto a manifestação lógico-racional como a emocional funcionam com a mesma veemência, proporcionando um estado de equilíbrio extraordinário (Vilardebó, 2008).

Os estados hipnóticos podem ser mais adequadamente descritos por mudanças globais, produzidos na experiência subjetiva e possivelmente na auto-representação, sendo estes essenciais e omnipresentes em todos os fenómenos relacionados com a hipnose (Rainville, Hofbauer, Bushnell, Duncan, & Price, 2002). Estudos sobre hipnose utilizando análises experimentais têm identificado uma série de dimensões que caracterizam o estado hipnótico. Estas dimensões incluem: (1) sentimentos de relaxamento mental profundo; (2) absorção mental; (3) uma tendência diminuída para julgar, monitorar e censurar; (4) suspensão da orientação habitual no espaço, tempo e/ou de self; e (5) a experiência do sujeito como tendo a sua própria resposta automática (Price, 1996). No entanto, esses efeitos não são restritos a modalidades sensoriais específicas ou conteúdo específico de consciência e pertencem em grande parte à representação dos assuntos, monitorização e regulação do seu próprio corpo e estado mental. Essas alterações na auto-representação, possivelmente subjacentes às mudanças subjetivas de experiência, fornecem algum apoio para a noção de que a hipnose é um estado distinto de consciência, na medida em que a auto-representação é susceptível de desempenhar um papel fundamental em aspetos básicos da consciência (Damasio, 1999; Metzinger, 2000). A identificação e manipulação experimental dessas dimensões básicas de experiência usando a hipnose pode fornecer algumas mais-valias para investigar as correlações neurais de estados de consciência básicos (Chalmers, 2000).

Não se conhece ainda completamente como a hipnose altera as funções cerebrais. Uma das teorias atuais é que ela afeta os mecanismos da atenção, numa parte do cérebro chamada Sistema Ativador Reticular Ascendente (SARA), localizada na sua parte mais basal (tronco cerebral). Essa área, que também tem funções relacionadas com o sono, o estado de alerta e a percepção sensorial, estimula o cérebro continuamente com estímulos provenientes dos órgãos dos sentidos, provocando excitação geral. A inibição do SARA leva a estados de sonolência e abstração sensorial (Crawford, 1994; 2001, Kallio, Revonsuo, Hämäläinen, & Markela, 2001).

Segundo Ferreira (2006), a “formação reticular controla a vigília e o sono e ainda seleciona em que informações nos devemos concentrar” (p. 43). Sobretudo quanto à estimulação sonora, Ferreira (2006) indica que existe um sistema que ativa e desativa o córtex, permitindo dessa forma o sono ou a vigília. Assim, quando as palavras, via ordenamento verbal, “são enviadas do córtex cerebral, via sistema desativador descendente, até a formação reticular com função de desativá-la” (p.189), há em consequência uma redução do estado de alerta do córtex, o qual liberta no sistema

límbico os comandos pertinentes à expressão emocional respetiva. A hipnose estaria vinculada ao sistema límbico e ao hipotálamo (centros cerebrais que regulam as emoções básicas), interagindo com todas as funções do organismo, através do sistema simpático e parassimpático, tendo ainda a participação das áreas corticais específicas de cada função seletiva (Rainville, et al. 2002).

Com o avanço tecnológico, a hipnose tem sido estudada por meio de exames como eletroencefalografia digital (EEG-D), mapeamento cerebral, potenciais evocados, ressonância funcional e tomografia por emissão de positrons - PET (Positron Emission Tomography), que possibilita a partir de injeção de glicose ativada, identificar as áreas cerebrais ativas em diferentes situações experimentadas em pacientes (Fingelkurts, Kallio, & Revonsuo, 2007). As alterações da camada cortical, por intermédio do EEG, permitiram a descrição de três estados alterados de consciência objetivamente definidos: (a) o estado de vigília, que pode ser de consciência alerta ou relaxada; (b) o sono leve (REM), rápido ou dessincronizado, que não tem efeito recuperador repousante, mas é essencial à regulação da psique, onde os sonhos são recordados; (c) o sono profundo (N-REM), lento ou sincronizado, de efeito repousante e sem recordação dos sonhos (Fingelkurts, et al., 2007). O EEG do estado hipnótico não os distingue dos estados de vigília ou de vigília relaxada e a este estado não se relaciona comportamento ao sono REM, entretanto, certas características típicas da hipnose como a sugestionabilidade, alucinabilidade, regressão, amnésias e analgésicas espontâneas, por exemplo, permitem-nos classificá-lo como um estado alterado de consciência faltando, contudo, parâmetros bioelétricos específicos para o caracterizar. Os fenómenos deste estado evidenciam apenas uma modificação sub cortical relacionada à atividade límbica-hipotalâmica (Kallio, et al., 2001).

Estes avanços têm confirmado a natureza psicodinâmica e neurofisiológica da hipnose, muito diferente do estado de sono que antigamente se presumia. A hipnose poderá ter então utilidade na educação e reprogramação do comportamento porque polariza a atenção de forma seletiva e concentrada, facilitando a programação do subconsciente (Crawford, 2001). Por meio da hipnose poderá desenvolver-se as habilidades naturais e desbloquear energias reprimidas, libertando o potencial do inconsciente elevando capacidade de otimização (Ferreira, 2008).

Atualmente já se compreende melhor e, por isso, pode-se utilizar a hipnose como modalidade terapêutica dentro de um contexto multidisciplinar onde atua como apoio às diversas especialidades potencializado as possibilidades latentes da mente humana em relação à cura e à prevenção de patologias. A viragem para o terceiro milénio originou um novo paradigma que procura uma forma de terapêutica mais holística e mais compatível com as necessidades do homem moderno. Uma integração da mente e o corpo está a ser resgatada tentando compensar a diferença na evolução do soma, que foi mais trabalhado e estudado nestes últimos séculos em comparação à mente, dentro da visão de divisão cartesiana e mecanicista, tendo evoluído pouco em comparação ao corpo.

A ação da hipnose poderá ser uma excelente ferramenta para a prática psicoterapêutica pois, como diz Bauer (2006), poderá facilitar o acesso à mente mais profunda do sujeito e, assim, fazer emergir os seus conflitos mais facilmente. Permite também aceder ao hemisfério cerebral onde se processam as emoções e os circuitos neuronais fortemente associados à mente inconsciente, encontrando-se aí “respostas verdadeiras” a partir de material empírico esclarecedor sobre a causa dos sintomas, utilizando simultaneamente as características pessoais de cada sujeito e de cada perturbação. Durante o estado hipnótico, o hemisfério direito, o inconsciente está ativado, revelando imagens, sentimentos, lembranças e sensações, ou seja,

representações psíquicas, símbolos de outras situações ligadas àquelas. Muitos hipnoterapeutas utilizam destes símbolos para fazer conexões com problemas atuais e conflitos internos antigos, utilizando os símbolos do inconsciente para trazer do hemisfério direito as respostas racionais para o hemisfério esquerdo e este, então, entender qual é a causa do problema interno. Com a hipnose as resistências do indivíduo poderão desaparecer ou diminuir pois poderá utilizar-se o Princípio do Prazer, modificar símbolos vinculados a afetos dolorosos, criar uma nova realidade mais compatível com o mundo do sujeito de hoje e criar saídas naturais aos conflitos internos (Bauer, 2006).

Segundo Neubern (2006), a hipnose é integrante constituinte da subjetividade humana e que por isso não deve ser desprezada sob o pretexto da sua inadequação científica. A hipnose dinamiza a capacitação mental a partir da concentração e do foco que determinam uma atuação mais intensa, mais rápida e eficiente do mesmo corpo que é regido pela mente, possibilitando a formação de novas redes sináticas ou circuitos de automatização. É através das técnicas de hipnose ou da auto-hipnose que é despertada e ampliada a programação da função inconsciente, utilizando mais e melhor os conhecimentos que estão armazenados no inconsciente. Este processo mental liberta o indivíduo da crítica excessiva do seu próprio consciente para que a intuição possa fluir com maior facilidade. Para que isso ocorra, é necessário que ultrapasse a preocupação por momento e que relaxe a mente para que as melhorias possam ser programadas pelo inconsciente (Carreiro, 2008).

REFERÊNCIAS

- Bauer, S. (2006). A Hipnose Como Recurso Terapêutico. In *II Simpósio Mineiro De Tanatologia*. Minas Gerais.
- Benson, H. (1976). *The relaxation response*. London: Collins.
- Carreiro, A. (2008). *Hipnose e psicoterapia: Etiologia e Práxis*. São Paulo: Fiuza.
- Chalmers, D. J. (2000). What is a neural correlate of consciousness? In T. Metzinger (Ed.), *Neural correlates of consciousness: Empirical and conceptual questions* (pp. 17–39). Cambridge: MIT Press.
- Chertok, L., & Stengers, I. (1999). *La blessure narcissique*. Paris: Le Plessis Robinson.
- Crawford, H. J. (1994). Brain dynamics and hypnosis: attentional and disattentional processes. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 204-232. doi:10.1080/00207149408409352
- Crawford, H. J. (2001). Neuropsychophysiology of hypnosis: towards an understanding of how hypnotic interventions work. In G. D. Burrows, R.O. Stanley, & P. B. Bloom (Eds), *International Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 61-84). New York: Wiley.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion and the making of consciousness*. New York: Hartcourt Brace.
- Erlich, M. (1986). Les concepts du corps. In J.P. Meyer (Ed.), *Relaxation thérapeutique* (pp. 1-19). Abregés, Paris: Masson.
- Ferreira, C. (2006). *Hipnose na prática clínica*. São Paulo: Atheneu.
- Ferreira, C. (2008). *Tratamento coadjuvante pela hipnose*. São Paulo: Atheneu.
- Filho, J. O. (2009). Técnicas modernas de transe hipnótico. In Instituto Brasileiro de Hipnose Aplicada, *Anais do II Congresso Brasileiro de Hipnose Clínica e Hospitalar*. Rio de Janeiro: IBH.
- Fingelkurts, A., Kallio, S., & Revonsuo, A. (2007). Hypnosis induces a changed composition of brain oscillations in EEG: A case study. *Contemporary Hypnosis*, 24, 3-18. doi: 10.1002/ch.327
- Heron, W. T. (1958). *Aplicações clínicas da sugestão e da hipnose*. Rio de Janeiro: Monte Scopus.

- Kallio, S., Revonsuo, A., Hämäläinen, H., & Markela, J. (2001). Anterior brain functions and hypnosis: A test of the frontal hypothesis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 95-108. doi:10.1080/00207140108410061
- Lichstein, K. L. (1988). *Clinical relaxations strategies*. New York: John Wiley.
- Marx, M., & Hillix, W. (1978). *Sistemas e teorias em psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- Melchior, T. (1998). *Créer le reel. Hypnose et therapie*. Paris: Seuil.
- Metzinger, T. (2000). The subjectivity of subjective experience: A representationalist analysis of the first-person perspective. In T. Metzinger (Ed.), *Neural correlates of consciousness: Empirical and conceptual questions* (pp. 285 –306). Cambridge: MIT Press.
- Neubern, M. (2003-a). *Complexidade e psicologia clínica: Desafios epistemológicos*. Brasília: Plano Editora.
- Neubern, M. (2003-b). La psychologie clinique dans la crise du paradigme dominant: du malaise aux possibilités épistémologiques. *Psychothérapies*, 23, 81-88. doi: 10.3917/psys.032.0081.
- Neubern, M. (2004). *Complexidade e psicologia clínica: Desafios epistemológicos*. Brasília: Plano.
- Neubern, M. S. (2006). Hipnose e psicologia clínica: Retomando a história não contada. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 346-354. doi:org/10.1590/S0102-79722006000300002
- Paixão, P. (2009). As perspectivas do futuro da hipnose. In Instituto Brasileiro de Hipnose Aplicada (Ed.), *Anais do II Congresso Brasileiro de Hipnose Clínica e Hospitalar*. Rio de Janeiro: IBH.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. Loures: Lusociência–Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Price, D. D. (1996). Hypnotic analgesia: Psychological and neural mechanisms. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and suggestions in the treatment of pain* (pp. 67–84). New York: Norton.
- Rainville, P., Hofbauer, R., Bushnell, M., Duncan, G., & Price, D. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 887–901. doi:10.1162/089892902760191117
- Schultz, J. H. & Luthe, W. (1969). *Autogenic methods*. New York: Grune and Stratton.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.
- Stengers, I. (1995). *L'Invention des sciences modernes*. Paris: Synthelabo.
- Stengers, I. (1999). *Pour en finir avec la tolérance. Cosmopolitiques 7*. Paris: La Découvert.
- Stengers, I. (2001). Qu'est-ce que l'hypnose nous oblige à penser. *Ethnopsy*, 3, 13-68.
- Viçoso, H. (2008). *Dicionário enciclopédico da psicologia*. Lisboa: Edições Texto & Grafia, Lda.
- Vilardebó, R. (2008). *Deixar de fumar através da hipnoterapia*. Lisboa: Editora Ulisseia, Lda.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions*. New York: Brunner.

ATIVIDADE FÍSICA, DISCRIMINAÇÃO E PREOCUPAÇÃO COM FORMA CORPORAL APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA

Madalena Mascarenhas ✉ 1,2, António Labissa Palmeira 1,3, Liliana Falcato 1, Marlena Nunes Silva 2, João Raposo 4, Jorge Limão 5 e Sandra Martins 1

1- Centro de Estudos de Exercício e Saúde da Faculdade de Educação Física e Desporto, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2-Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa; 3- Interdisciplinary Centre for the Study of Human Performance - Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa; 4 - Serviço de Cirurgia Digestiva, Hospital Pulido Valente - Centro Hospitalar Lisboa Norte; 5 - Baroclínica

O estereótipo de obeso comporta características muito negativas, tais como a preguiça, baixa auto disciplina e empenho, irresponsabilidade, egoísmo e fraca competência (Godjin 2010; King, Shapiro, Hebl, Singletary, & Turner, 2006; Puhl & Brownell, 2008), sendo as pessoas com obesidade percecionadas como responsáveis pelo excesso de peso. O estereótipo está também associado a uma imagem corporal desagradável e menor atratividade física (Puhl & Brownell, 2008).

A discriminação das pessoas com obesidade ocorre em diversas áreas, nomeadamente nas relações interpessoais, ao nível laboral, dos serviços e profissionais de saúde, escolas, sistema judicial e nos *media* (King, et al. 2006; Puhl & Heuer, 2009; Schwartz & Brownell, 2001). As mulheres são mais frequentemente vítimas de discriminação, pois no género feminino a atratividade tem maior relevância no desenvolvimento de relações interpessoais o que leva a que haja maior preocupação com a imagem corporal (Puhl & Heuer, 2009).

A discriminação aumenta os comportamentos que podem conduzir à manutenção do excesso de peso, como os episódios de ingestão alimentar compulsiva e diminuição da prática de atividade física (Puhl & Heuer, 2009). As atitudes trocistas durante a prática de atividade física diminuem a diversão associada ao desporto, a intensidade do exercício e, consequentemente acabam por diminuir a adesão à atividade física. Quando as pessoas com obesidade são discriminadas e, apesar disso, optam por praticar atividade física, escolhem principalmente atividades com uma intensidade leve em detrimento de intensidades moderadas e vigorosas (Puhl & Heuer, 2009). As mulheres evitam mais a atividade física do que os homens, especialmente quando há elevada preocupação com a forma corporal (Koyuncu, Tok, Canpolat, & Catikkas, 2010). As críticas que têm por base o excesso de peso da pessoa contribuem para o desenvolvimento e, posteriormente para a manutenção de comportamentos sedentários, não potenciando mudanças comportamentais eficazes que permitam a diminuição ponderal (Faith, Leone, Ayers, Heo, & Pietrobelli, 2002).

✉ - Madalena Fonseca Marques Nunes Mascarenhas, Estrada da Costa 1499-002 Cruz Quebrada – Dafundo, email- mmascarenhas@fmh.utl.pt

O conceito de imagem corporal envolve várias dimensões, nomeadamente a avaliação cognitiva da imagem e as emoções resultantes desta mesma avaliação, bem como a comparação com a imagem desejada e, consequentemente o desenvolvimento de satisfação ou insatisfação corporal. A imagem corporal pode desempenhar um papel muito relevante na construção da identidade do sujeito, levando a comportamentos e cognições muito marcadas que conduzem a uma preocupação excessiva com a forma corporal (Carraça et al., 2011).

Existe uma insatisfação generalizada por parte das pessoas com obesidade com o seu corpo e, consequentemente, uma elevada preocupação com a forma corporal. A preocupação com a forma corporal não é semelhante nos dois géneros, as mulheres tendem a apresentar maior preocupação com a forma corporal do que os homens (Schwartz & Brownell, 2001).

Apesar de as questões relacionadas com a gestão de peso estarem associadas a uma elevada preocupação com a imagem corporal, a insatisfação corporal pode contribuir para comportamentos alimentares incorretos e estilos de vida sedentários (Carraça et al., 2011). A insatisfação corporal não origina necessariamente comportamentos eficazes para a perda de peso, pelo contrário tende a gerar emoções negativas que funcionam como obstáculos e que levam o sujeito a aumentar a sua ingesta alimentar, o que contribui para a manutenção do excesso de peso (Schwartz & Brownell, 2001).

A preocupação com a imagem corporal exerce uma influência bastante nefasta na realização de atividade física, fazendo com que os sujeitos a evitem. Na base deste fenómeno aparenta estar o facto de durante a prática de atividade física existir elevada exposição física, sendo esta maior do que nas restantes situações. A exposição física e o contexto envolvente vão conduzir ao aumento da consciência corporal e, consequentemente, à comparação social. Este processo induz o sujeito a evitar a prática de atividade física com o intuito de não se deparar com estas questões, que são para si um foco de sofrimento (Li & Rukavina, 2009).

A obesidade é uma doença com uma componente comportamental muito forte. Por este motivo o seu tratamento passa por uma perspetiva integrada de várias áreas que visam a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente a atividade física, a nutrição e o acompanhamento psicológico. O acompanhamento nutricional tem como objetivo a alteração do estilo alimentar e uma redução da ingesta alimentar, o que cria um balanço energético negativo e potencia a perda de peso (American Dietetic Association, 2009). Por sua vez, a Psicologia desempenha um papel muito importante ao ajudar o sujeito a conseguir mudar os seus comportamentos e manter os novos hábitos, bem como trabalhar ao nível da ingestão emocional e tratamento da psicopatologia quando esta se verifica (Leal & Baldin, 2007). A atividade física permite uma perda de peso eficaz e duradoura, através do aumento do dispêndio energético, diminuição da massa gorda e manutenção da massa magra (ACSM, 2009).

Quando estamos na presença de obesidade mórbida surge outra forma de combate a esta doença: a cirurgia bariátrica. No entanto, para que a intervenção cirúrgica tenha sucesso a longo prazo é necessário a conjunção de todos os tratamentos supramencionados. O facto de o sujeito ser fisicamente ativo ajuda a prevenir a obesidade, a não aumentar de peso caso já haja excesso de peso e a diminuir o IMC nas pessoas com obesidade (Shaww et al., 2009). A atividade física após a cirurgia bariátrica surte efeitos ao nível da perda de peso e também ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo que mais de 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana conduzem perdas de peso significativas após a cirurgia, especialmente no caso do by-pass gástrico (Forbush, 2011). Para uma perda de peso eficaz o programa de exercício deve ser incorporado num programa multidisciplinar

composto por uma reestruturação alimentar, atividade física e suporte psicológico, sendo a atividade vigorosa a mais eficaz para o sucesso do processo de perda de peso (Shaww et al., 2009). Em sujeitos que tenham realizado uma cirurgia bariátrica, o exercício contribui positivamente a perda de peso e diminuição da massa gorda, sendo os primeiros seis meses muito importantes no processo de perda de peso (Koltz, Chen, Messing, & Gusenoff, 2009; Metcalf, Rabkin, Rabkin, Metcalf, & Lehman-Becker, 2009).

O presente estudo segue a linha orientadora utilizada no estudo de Forbush (2011), que se trata de um estudo retrospectivo com sujeitos que realizaram a cirurgia bariátrica entre um a cinco anos ($N=265$) e que avalia, com recurso a medidas de auto relato, os estilos de vida dos pacientes ao nível da atividade física e consumo energético e quais os resultados em termos de IMC e qualidade de vida. Os resultados deste estudo concluíram que houve uma perda de peso e 81% e que se verificou um aumento na qualidade de vida, sendo este fortemente influenciado pela quantidade de horas despendidas na prática de atividade física e dispêndio energético (Forbush, 2011). Os candidatos à cirurgia bariátrica são doentes com IMC igual ou superior a 40 kg/m^2 (Obesidade Mórbida) ou com IMC superior a 35 kg/m^2 associado a co-morbilidades com pelo menos cinco anos de evolução e que melhorem com a perda de peso.

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre a prática de atividade física com a perceção de discriminação e preocupação com a imagem corporal em sujeitos com obesidade mórbida que foram submetidos a uma cirurgia bariátrica. O estudo teve como variável primária a perceção de discriminação por parte das pessoas com obesidade. A variável secundária estudada foi a preocupação com a imagem corporal. Colocou-se então a seguinte hipótese de estudo “Existe uma associação negativa entre a prática de atividade física e a perceção de discriminação e a preocupação com a imagem corporal.”

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo.

Participantes

No estudo participaram sujeitos que realizaram uma cirurgia bariátrica entre os anos de 2005 e 2011, sendo os participantes doentes do Hospital Pulido Valente e da Clínica Baroclínica. Foram inquiridos para o estudo 604 sujeitos. A amostra final é constituída por 98 sujeitos com idades compreendidas entre os 26 e os 73 anos ($M=44,6$ $DP=11,1$ anos) de ambos os géneros, pertencendo 78 ao género feminino e 20 ao género masculino.

Quadro 1
Características Demográficas Participantes

	$M \pm DP$	$N=98$
Idade	$44,6 \pm 11,1$	
Género		
Feminino		78
Masculino		20

Antes da cirurgia os participantes apresentavam um peso médio de $124,23 \text{ kg} \pm 23,05$ e IMC médio de $44,65 \text{ kg/m}^2 \pm 5,85$. No momento da aplicação dos questionários, o peso médio foi de $95,59 \text{ kg} \pm 23,88$ e o IMC $M=34,52 \text{ kg/m}^2 \pm 7,7$.

Quadro 2

Características Antropométricas dos Participantes

	Pré-Cirurgia (N=98)	Momento Aplicação Questionários (N=98)
	$M \pm DP$	$M \pm DP$
Peso	124,23 $\pm$ 23,05	95,59 $\pm$ 23,88
IMC	44,65 $\pm$ 5,85	34,52 $\pm$ 7,7

Relativamente ao tipo de cirurgia efetuado, 87% dos participantes foram submetidos a uma cirurgia restritiva e a 5% foi realizado um procedimento mal-absortivo, não tendo sido possível aferir o tipo de cirurgia realizado a 8% dos participantes. Quatro doentes fizeram duas cirurgias, pois não houve diminuição ponderal após a primeira cirurgia.

Quadro 3

Tipo de Intervenção Cirurgia

	N= 98
Banda Gástrica	52
Sleeve Gástrico	53
By-pass Gástrico	5
Indeterminada	8

Material

Para a realização do estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), *Body Shape Questionnaire* (BSQ) e *Sigmatizing Situations Inventory* (SSI). Os valores de consistência interna obtidos em cada uma das dimensões (perceção de discriminação e preocupação com forma corporal) foram bons e variaram entre 0,89 e 0,94.

International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)- Para avaliar a atividade física utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* – versão curta (Craig et al., 2003). Trata-se de um questionário composto por cinco itens, no qual o sujeito faz um auto relato acerca da prática de atividade física. O instrumento avalia o tempo despendido em atividade física durante sete dias, sendo feita a distinção entre atividade física moderada e vigorosa.

Body Shape Questionnaire (BSQ) - A preocupação com a forma corporal foi avaliada com recurso ao BSQ (Cooper et al., 1987). Este é um instrumento com 34 itens respondido através de uma escala de Likert de 6 pontos (Nunca – Sempre) que mede o impacto da imagem corporal na vida do sujeito. Avalia a preocupação com o peso e forma corporal, em especial a experiência de “sentir-se gordo” e as suas consequências ao nível cognitivo e comportamental. A consistência interna é muito boa, tendo um alfa de 0,97.

Sigmatizing Situations Inventory (SSI)- O *Sigmatizing Situations Inventory* (Myers & Rosen, 1999) foi utilizado para medir a perceção de discriminação. O SSI avalia a perceção de discriminação em diversas situações da vida quotidiana, através de uma escala de Likert de 9 pontos que varia entre *nunca a todos os dias*. A versão original do SSI é composta por 50 itens, que se agrupam em onze subescalas e se dividem em duas grandes escalas (perceção de discriminação nas relações interpessoais e existência de obstáculos físicos) e tem uma consistência interna de 0,95. O instrumento está neste momento em processo de validação para a língua Portuguesa, tendo-se usado uma versão mais curta composta por 18 itens ($\alpha=0,89$).

Medidas de Composição corporal- Foi também questionado o peso corporal e altura dos participantes de modo a determinar o IMC no momento atual. O IMC e peso à data da cirurgia foram consultados nos processos clínicos dos participantes.

Procedimento

Os participantes incluídos no estudo foram selecionados através das bases de dados relativa aos doentes operados no Hospital Pulido Valente e Clínica Baroclínica. Para tal foi solicitada a colaboração destas duas entidades, bem como o aval por parte dos Comitês de Ética das instituições. A recolha de dados ocorreu de dois modos distintos: por um lado foram enviadas pelo correio carta-resposta para os doentes, por outro lado foram aplicados os questionários durante a Consulta de Cirurgia de Obesidade no Hospital Pulido Valente.

Os manuscritos disponibilizados aos participantes do estudo foram a explicação deste, o consentimento informado e a bateria de instrumentos. Foi ainda assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas e não foram oferecidos incentivos pela participação no estudo. Também foi disponibilizado o contacto de correio eletrónico do responsável do estudo. Os questionários que foram enviados pelo correio dispunham ainda de um envelope de resposta selado para permitir o seu retorno. Durante a consulta de Cirurgia de Obesidade os questionários foram entregues pelo Cirurgião ou pelas Assistentes Operacionais da Consulta Externa, sendo estas que recebiam os questionários após estarem preenchidos. A aquisição e preparação dos materiais, assim como as fotocópias, foram disponibilizadas pela Faculdade de Educação Física e Desporto da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

A recolha de dados ocorreu entre Maio e Setembro de 2011 estando todos os dados disponíveis para serem analisados em Outubro de 2011. Foram enviados e/ou distribuídos na consulta um total de 604 questionários, destes 23 vieram devolvidos por não terem sido entregues pelos correios. Desta forma, foram enviados e/ou entregues 581 questionários, dos quais obtivemos uma taxa de resposta de 19,10%, i.e., 111 questionários respondidos. Foram excluídos treze questionários, por apresentarem os dados demográficos insuficientes ($n=8$) e pelo SSI não se encontrar preenchido ($n=5$), resultando assim a amostra final num total de 98 questionários.

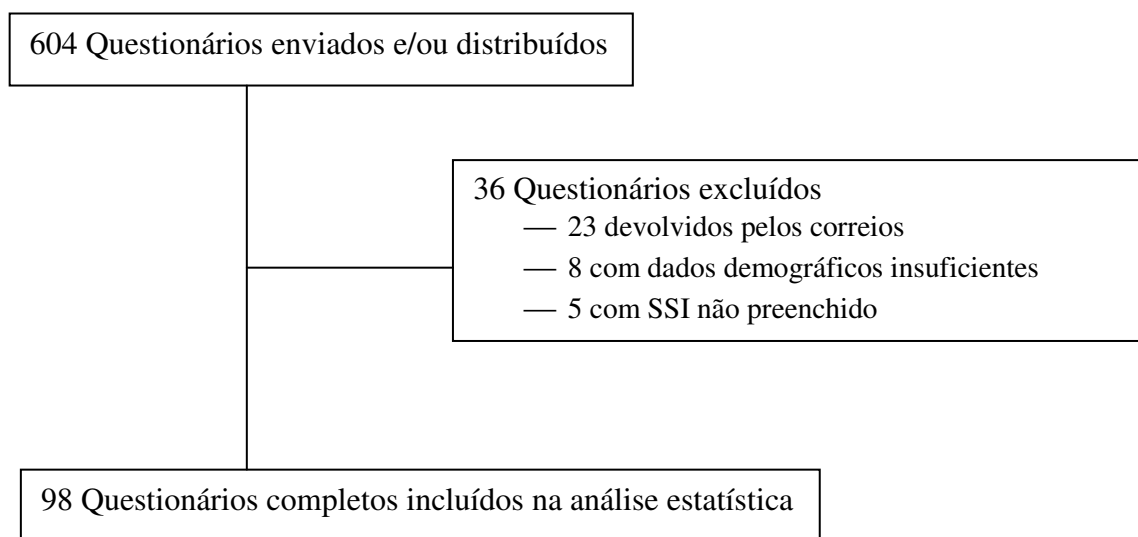


Fig.1 – Processo seleção dos questionários

Após a aplicação dos questionários foi realizado o seu tratamento estatístico com recurso ao SPSS versão 17. Foi realizada uma análise descritiva de modo a caracterizar

a amostra, bem como a aferição da normalidade dos dados e de seguida foram efetuados os testes necessários para validar as hipóteses de estudo, sendo estes a Correlação de Pearson e a Análise de Regressão Linear Múltipla. Foi ainda utilizado o Teste T para amostras independentes.

RESULTADOS

A literatura indica que existem diferenças entre géneros ao nível das nossas variáveis primárias, pelo que foi feita uma comparação entre médias para analisar a amostra. A preocupação com a forma corporal foi maior nas mulheres ($p<0,001$) e não existem diferenças entre géneros na perceção de discriminação ($p=0,580$). Relativamente à atividade física, esta é maior nos homens quando se trata de atividade física vigorosa ($p=0,021$), não existindo diferenças nas intensidades mais baixas.

Quadro 4
Comparação entre género Feminino e Masculino

	Género Feminino ($N=77$) $M \pm DP$	Género Masculino ($N=21$) $M \pm DP$
Atividade Física Leve	$34,45 \pm 28,76$	$37,62 \pm 39,89$
Atividade Física Moderada	$22,14 \pm 35,95$	$36,19 \pm 44,35$
Atividade Física Vigorosa	$20,09 \pm 35,29$	$42,85 \pm 52,66$
IMC	$34,48 \pm 7,96$	$34,47 \pm 6,45$
Perceção de Discriminação	$32,93 \pm 23,44$	$29,5 \pm 30,6$
Preocupação Forma Corporal	$58,76 \pm 19,72$	$33,65 \pm 12,71$

Para testar a hipótese de estudo “Existe uma associação negativa entre a prática de atividade física e a perceção de discriminação e a preocupação com a imagem corporal” foi utilizada uma Correlação de Pearson e a Análise de Regressão Linear Múltipla. A Correlação de Pearson permitiu observar a existência de uma correlação direta entre o IMC e a preocupação com a forma corporal ($r(98)=0,28$, $p=0,006$). Verificou-se também que o IMC não está associado à discriminação ($r(95)=0,01$, $p=0,93$).

Quadro 5
Correlação entre IMC e Discriminação e Preocupação com Forma Corporal

	IMC
Discriminação	0,01
Preocupação com a Forma Corporal	0,28**

Nota: ** $p<0,01$

Relativamente à atividade física, existe uma correlação inversa entre os minutos de atividade física moderada e a preocupação com a forma corporal ($r(98)=-0,28$, $p=0,005$) e entre os minutos de atividade física vigorosa e a preocupação com a forma corporal ($r(98)=0,22$, $p=0,027$). Não existe correlação entre a atividade física leve e a preocupação com a forma corporal, a discriminação não esteve associada a nenhum dos tipos de atividade física.

Quadro 6

Correlação entre Atividade Física na Discriminação e Preocupação com Forma Corporal

	AF Leve	AF Moderada	AF Vigorosa
Discriminação	0,07	0,05	-0,01
Preocupação com a Forma Corporal	0,00	-0,28**	0,22*

Legenda: AF – Atividade Física; * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A Análise de Regressão Linear Múltipla realizada revelou que os preditores incluídos na regressão linear explicaram 13,2% da variância da preocupação com a imagem corporal ($p=0,01$). Dos resultados concluiu-se que o modelo no passo 1 foi significativo ($\Delta R^2=0,08$, $p=0,005$), tendo a variável atividade física moderada contribuído para a predição da preocupação com a imagem corporal ($\beta=-0,24$, $p=0,005$). Quanto ao passo 2, o modelo foi também significativo ($\Delta R^2=0,052$, $p=0,019$), sendo IMC também explicativo da preocupação com a imagem corporal ($\beta=0,23$, $p=0,019$). Não se realizou uma Regressão Linear Múltipla entre a discriminação e a atividade física e IMC, pois estas variáveis não estão correlacionadas.

Quadro 7

Predição de Preocupação com a Imagem Corporal com base na AF e IMC

	β	ΔR	P
AF Moderada	-0,24	0,08	0,005
IMC	0,23	0,52	0,01

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a existência de uma associação entre a prática de atividade física com a percepção de discriminação e preocupação com a em pessoas que realizaram uma cirurgia bariátrica. Para tal colocou-se a hipótese de estudo “Existe uma associação negativa entre a prática de atividade física e a percepção de discriminação e a preocupação com a imagem corporal”.

Os resultados obtidos indicam que a percepção de discriminação não se encontra associada à prática de atividade física nem ao IMC. Relativamente à preocupação com a forma corporal, verificou-se que esta variável está correlacionada tanto com a atividade física como com o IMC. Assim, a hipótese de estudo foi parcialmente corroborada pelos resultados obtidos. Não existe menor percepção de discriminação entre os sujeitos que fazem atividade física, independentemente da sua intensidade. Os resultados permitiram verificar que existe uma associação entre a prática de atividade física e valores menores da preocupação com a forma corporal, tendo a esta variável apresentado uma correlação negativa com os maiores valores de atividade física realizada. Os sujeitos que despendem mais tempo em atividade física moderada e vigorosa apresentam menor preocupação com a forma corporal do que os participantes que praticam atividade física leve. A preocupação com a imagem corporal está também correlacionada com o IMC, sendo que, quanto menor IMC menor a preocupação com a forma corporal. Por sua vez a percepção de discriminação não se encontra correlacionada com o IMC.

Relativamente aos resultados obtidos, constatou-se que se a amostra utilizada é composta maioritariamente por sujeitos sedentários, que realizam pouca atividade física e com uma frequência esporádica. O facto de não se tratar de atividade física realizada de uma forma consistente pode condicionar a existência dos efeitos benéficos desta ao nível da discriminação, i.e., a diminuição da percepção de discriminação por parte do

obeso (Puhl & Heuer, 2009). As pessoas com obesidade quando são vítima de uma situação discriminatória tendem a evitar a prática de atividades que conduzam a maior exposição corporal e comparação com os demais que se encontrem na mesma situação, como é o caso da atividade física (Puhl & Heuer, 2009). Este fenómeno também se verifica em sujeitos com IMC normal e que se encontrem satisfeitos com a sua imagem corporal mas que tenham sido alvo de atitudes trocistas durante a prática de atividade física (Faith et al., 2002). Assim, os comportamentos discriminatórios podem aumentar a motivação para evitar o exercício, sendo esta tendência mais marcada nas atividade de intensidade mais elevada (Puhl & Heuer, 2009). Relativamente ao género, não foram observadas diferenças entre géneros na percepção de discriminação.

A variação do IMC sofre um efeito teto, ou seja, os sujeitos apresentaram valores de IMC muito elevados e com pouca variabilidade, o que pode explicar a não observação de diferenças significativas entre sujeitos com IMC mais elevados e sujeitos com IMC mais baixos ao nível da percepção de discriminação. A este facto adiciona-se o resultante do estudo de Puhl e Brownell (2006), no qual os autores constataram que o IMC não exerce muita influência ao nível da percepção de discriminação nas pessoas com obesidade, tendo verificado que sujeitos com IMC mais baixos reportam igualmente muitas situações de discriminação. Os resultados obtidos no presente estudo são assim seguem na mesma direção do estudo de Puhl e Brownell (2006), tendo-se verificado que os participantes apresentam transversalmente elevada percepção de discriminação, não existindo diferenças significativas entre as pessoas com obesidade com maior ou menor IMC.

Os resultados relativos à preocupação com a forma corporal indicam que esta foi maior nas mulheres, estando este resultado de acordo com a literatura (Grilo, Masheb, Brody, Burke-Marindale, & Rothschild, 2005; Schwartz & Brownell, 2001). A correlação de Pearson indicou que os participantes que realizavam mais minutos de atividade física moderada e vigorosa apresentaram menor preocupação corporal do que aqueles que realizaram atividade física leve. No entanto, os dados obtido através da regressão linear indicam que a atividade física moderada é a única a contribuir para a diminuição da preocupação com a forma corporal. No entanto ao analisar a relação entre a atividade física e o IMC na preocupação com a forma corporal, apenas a atividade física moderada contribui para a diminuição desta variável. A insatisfação corporal diminui com a prática regular de atividade física, o que leva também à diminuição da preocupação com a forma corporal (Koyuncu et al., 2010). Os resultados obtidos vão no sentido do estudo de Palmeira et al. (2009), no qual os autores verificaram que o grupo que realizou atividade física apresentou maior diminuição do peso e diminuição da insatisfação corporal comparativamente ao grupo de controlo (não realizou atividade física).

A insatisfação corporal nem sempre surte um efeito negativo a nível dos comportamentos para a gestão de peso, sendo que algum nível de insatisfação corporal pode aumentar a motivação para aderir a comportamentos que contribuam para a diminuição ponderal, como a atividade física (Heinberg, Thompson, & Matzon, 2001). Os sujeitos que apresentavam IMC mais reduzidos apresentaram concomitantemente valores menores de preocupação com a forma corporal. Na base desse fenómeno parece estar o facto de o sujeito ao diminuir o peso, e consequentemente o IMC, adotar uma figura mais parecida à norma social de beleza o que vai potenciar o aumento da satisfação corporal e diminuir a preocupação com a forma corporal (Fingeret & Gleaves, 2004). A adaptação e aceitação da imagem corporal e uma menor atribuição de importância desta na construção da identidade do sujeito podem contribuir para o

desenvolvimento de emoções e pensamentos positivos que conduzem a comportamentos eficazes na gestão de peso (Carraça et al., 2011).

No decorrer do estudo foram observadas algumas limitações, nomeadamente o facto de se tratar de uma população maioritariamente sedentária, de se mensurar a atividade física através do auto registo preenchido pelo participante, a baixa taxa de resposta aos questionários e o facto a avaliação do peso não ter ocorrido no mesmo momento em todos os participantes. Por se tratar de um estudo transversal a avaliação da perceção de discriminação e preocupação com a forma corporal foi apenas feita num único momento, o que não permite estabelecer uma comparação entre o momento anterior à cirurgia e o momento atual. A existência destes dois momentos de avaliação permitiriam verificar se existem alterações ao nível destas variáveis e entre os participantes que realizem atividade física e aqueles que não praticam.

A população em questão é muito sedentária, realizando atividade física de uma forma pouco estruturada e com uma frequência muito irregular. Por este motivo não foi possível observar os benefícios desejados inerentes à prática de atividade física. Do mesmo modo, o registo foi feito com base no preenchimento de questionários o que pode permitir maior subjetividade nas respostas dadas pelos participantes do que medidas mais fidedignas como, por exemplo, os acelerómetros. A utilização de questionários de auto registo junto da população obesa pode conduzir a um viés ao nível dos dados obtidos, pois esta população tende a enfatizar o seu nível de atividade física e a indicar um dispêndio energético mais elevado do que o real (Forbush, 2011; Grilo et al., 2005). A taxa de resposta obtida foi muito baixa (19.10%), o que resultou numa amostra relativamente pequena e menor do que a utilizada em outros estudos observacionais que visam a atividade física e a cirurgia bariátrica. O momento de avaliação não foi o mesmo em todos os participantes, o que pode gerar diferenças significativas entre o peso inicial, pois o peso de alguns participantes é relativo à primeira consulta e o de outros ao momento da cirurgia o que pode significar uma décalage de meses e, conseqüentemente, alterações ao nível do peso.

São necessárias mais investigações para conseguir compreender qual o contributo da atividade física para a diminuição da perceção de discriminação e preocupação com imagem corporal nas pessoas com obesidade. Para tal seria indicado realizar um estudo experimental e longitudinal junto dos doentes submetidos a uma cirurgia bariátrica, ao invés de um estudo observacional retrospectivo. O estudo experimental deveria comportar dois momentos de avaliação distintos (pré-cirurgia e um ano após a cirurgia). Para a realização do estudo deveria ser criado um grupo de estudo que iria realizar atividade física regular, supervisionada e prescrita por um especialista de exercício e um grupo de controlo que não iria praticar atividade física. A atividade física deveria também ser mensurada de um modo objetivo sendo para tal utilizados acelerómetros.

O estudo teve como objetivo verificar a existência de uma associação entre a prática de atividade física com a perceção de discriminação e preocupação com a forma corporal em sujeitos com obesidade mórbida submetidos a uma cirurgia bariátrica. A variável primária estudada foi a perceção de discriminação e a variável secundária estudada foi a preocupação com a forma corporal. Foi também estudada a existência de associação entre o IMC e estas duas variáveis, bem como as diferenças entre as intensidades de atividade física leve, moderada e vigorosa.

Os resultados obtidos permitiram concluir que existe uma correlação entre a atividade física e a preocupação com a forma corporal, nomeadamente a atividade física moderada e vigorosa. A preocupação com a forma corporal está também correlacionada com o IMC. Os resultados não permitiram aferir a existência de uma correlação entre a perceção de discriminação quer com e a prática de atividade física, quer com o IMC.

A atividade física é uma das estratégias mais eficazes no combate à obesidade e ajuda a promover a diminuição da discriminação e preocupação com a imagem corporal. No entanto, para que se sintam tais efeitos é necessária que a sua prática seja constante e consistente, pelo que julgamos ser importante o reforço para a adesão e manutenção da atividade física por parte dos profissionais envolvidos no tratamento, de forma a ajudar o doente a envolver-se em mudanças comportamentais estruturadas e duradouras que vão no sentido da perda de peso.

REFERÊNCIAS

- ACSM (2009). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. 8th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Dietetic Association. (2009). Position of the American Dietetic Association: Weight Management. *Journal American Dietetic Association*, 109, 330–346. doi: 10.1016/j.jada.2008.11.04
- Carraça, E. Silva, M., Markland, D., Vieira, P., Minderico, C., Sardinha, L., & Teixeira, P. (2011). Body image change and improved eating self-regulation in a weight management intervention in women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 1-11. doi:10.1186/1479-5868-8-75
- Craig, C., Marshall, A., Sjostrom, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., ...Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*, 35, 1381–1395. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB
- Cooper, P., Taylor, M., Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The development and validation of a body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494. doi: 10.1002/1098-108X(198707)
- Faith, M., Leone, M., Ayers, T., Heo, M., & Pietrobelli, A.(2002). Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children. *Pediatrics, Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 100, 1-8.
- Fingeret, M., & Gleaves, D. (2004). Sociocultural, feminist and psychological influences on women's body satisfaction: a structural modeling analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 370-380. doi: 10.1111/j.1471-6402.2004.00154.x
- Forbush, S. (2011). Influence of activity on quality of life scores after RYGBP. *Obesity Surgery*. 21, 1296-304. doi: 10.1007/s11695-010-0184-1
- Godjin, E. (2010). When thinking that you are fat makes you feel worthless: activation and application of meta-stereotypes when appearance matters. *Social Cognition*, 28, 20-39. doi: 10.1521/soco.2010.28.1.20
- Grilo, C., Masheb, R., Brody, M., Burke-Marindale, C., & Rothschild, B. (2005). Binge Eating and self-esteem predict body image dissatisfaction among obese men and women seeking bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 347-351. doi: 10.1002/eat.20130
- Heinberg, L. J., Thompson, J. K., & Matzon, J. L. (2001). Body image dissatisfaction as a motivator for healthy lifestyle change: Is some distress beneficial? In R. H Striegel-Moore, & L. Smolak (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Jones, E., Davis, K., & Gergen, K. (1961). Role playing variations and their informational value for person perception. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 302-310. doi: 10.1037/h0048514

- King, E., Shapiro, J., Helb, M., Singletary, S., & Turner, S. (2006). The stigma of obesity in customer service: A mechanism for remediation on bottom-line consequences of interpersonal discrimination. *Journal of Applied Psychology, 91*, 579-593. doi: 10.1037/0021-9010.91.3.579
- Koltz, P., Chen, R., Messing, S., & Gusenoff, J. (2009). Prospective assessment of nutrition and exercise parameters before body contouring surgery: Optimizing attainability in the massive weight loss population. *Plastic and Reconstructive Surgery, 125*, 1242-1247. doi: 10.1097/PRS.0b013e3181d0aa13
- Koyuncu, M., Tok, S., Canpolat, A.M., & Catikkas, F. (2010). Body image satisfaction and dissatisfaction, social physique anxiety, self-esteem, and body fat ratio in female exercisers and nonexercisers. *Social Behavior and Personality, 38*, 561-570. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2010.38.4.561>
- Leal, C., & Baldin, N. (2007). The emotional impact of bariatric surgery in patients with morbid obesity. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 29*, 324-327. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300013>
- Li, W., & Rukavina, P. (2009). A review on coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. *Obesity Reviews, 10*, 87-95. doi: 10.1111/j.1467-789X.2008.00528.x
- Metcalf, B., Rabkin, R., Rabkin, J., Metcalf L., Lehman-Becker, L. (2009). Weight loss composition: The effects of exercise following obesity surgery as measured by bioelectrical impedance analysis. *Obesity Surgery, 14*, 183-186.
- Myers, A., & Rosen, J. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Obesity and Related Metabolic Disorders, 23*, 221-30. doi: 10.1038/sj.ijo.0800765
- Oliveira, V., Linardi, R., & Azevedo, A. (2004). Cirurgia, bariátrica, aspectos psicológicos e psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica, 31*, 199-201
- Palmeira, A., Markland, D., Silva, M., Branco, T., Martins, S., Minderico, C., ... Teixeira, P. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image and other psychological factors during behavioral obesity treatment: A mediation analysis. *International Journal of Behavior Nutrition and Physical Activity, 6*. doi:10.1186/1479-5868-6-9
- Puhl, R., & Brownell, K. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults. *Obesity, 14*, 1802-18015. doi: 10.1038/oby.2006.208
- Puhl, R.M., Andreyeva, T., & Brownell, K.D. (2008). Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. *International Journal of Obesity, 32*, 992-100. doi:org/10.1038/ijo.2008.22
- Puhl, R., & Heuer, C. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity, 17*, 941-964. doi: 10.1038/oby.2008.636
- Schwartz, M., & Brownell, K. (2001). Obesity and body image. *Body Image, 1*, 43-56. [http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445\(03\)00007-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1740-1445(03)00007-X)
- Shaww, K.A., O'Bourke, P., Del Mar, C., & Kenandy, J. (2009). Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library, 2*. doi: 10.1002/14651858.CD003818.pub2

CONSUMO DE PORNOGRAFIA, FANTASIAS SEXUAIS, ATITUDES SOBRE VIOLÊNCIA E PERSONALIDADE: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Mariana Saramago ✉ e Jorge Cardoso

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, e Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde-ISPA

Nas últimas décadas, têm-se verificado inúmeras tentativas para explicar o comportamento sexualmente agressivo na população jovem e adulta, dada a grande prevalência deste fenómeno. Os modelos teóricos sobre o cometimento da agressão sexual sugerem a existência de influências multifactoriais que envolvem dinâmicas familiares caracterizadas pelo abuso ou negligência, tal como a existência de atitudes que legitimam a violência em geral ou contra as mulheres (Laws & Marshall, 1990; Malamuth & Check, 1981; Marshall & Barbaree, 1990; Marshall & Marshall, 2000). Paralelamente, muitos estudos têm-se focado nas características individuais dos agressores sexuais, em particular nos traços aversivos da personalidade, como a psicopatia (Malamuth, 1998; Malamuth, Addison & Koss, 2000). Outros trabalhos têm demonstrado que certos factores situacionais também podem aumentar a probabilidade de ocorrer agressão sexual, tais como o consumo de álcool e a exposição a pornografia violenta (Chan, Heide, & Beauregard, 2011; Lussier, Leclerc, Cale, & Proulx, 2007; Malamuth & Briere 1986). Existe ainda uma convicção sobre a possibilidade das fantasias sexualmente desviantes poderem promover a reprodução de comportamentos do mesmo teor (Malamuth, 1981; Malamuth, & McIlwraith, 1988; Williams et al., 2009), particularmente se estiverem associadas aos outros factores acima descritos.

Sabendo-se desde já que as atitudes que legitimam a violência contra as mulheres e o consumo de pornografia estão associados à violência nas relações íntimas, torna-se importante averiguar outras interações, nomeadamente, se esta relação é mediada pelos traços de personalidade. Desta forma, esta investigação tem como objectivo avaliar a relação entre o consumo de pornografia e as atitudes sobre a violência nas relações íntimas, bem como analisar o papel das fantasias sexuais e dos traços de personalidade, tentando compreender esta dinâmica.

A possibilidade da pornografia promover um comportamento sexual inapropriado tem motivado inúmeras investigações (Malamuth et al., 2000; Murrin & Laws, 1990; Oddone-Paolucci, Genuis, & Violato, 2000). Tanto a aprendizagem através da observação como os processos de condicionamento, sugerem que a exposição repetida a formas desviantes de pornografia, dado o seu foco nos desejos e no poder dos homens, ajudam a modelar as fantasias, as percepções, as racionalizações e, a um nível mais profundo, as crenças dos indivíduos (Lalumière, et al., 2005; Marshall, 2000).

✉ - Mariana Filipa de Amaral Saramago, Av. D. Luis I, 14, 4°C Alfragide, 2610-061 Amadora, E-mail: mariana.amaral.saramago@gmail.com

Neste sentido, se a pornografia pode promover a construção e a ampliação de fantasias (e, portanto, a excitação sexual; Lalumière et al., 2005; Marshall, 2000; Williams et al., 2009), pode igualmente incentivar os espectadores a reproduzir o comportamento fantasiado. Se a fantasia envolveu desvio sexual, então poderá ser reforçado o comportamento desviante correspondente (Williams et al., 2009). Presumivelmente, os efeitos são mais fortes quando a exposição é auto-iniciada (e.g., compra de revistas e vídeos, procura activa na Internet) ao invés de involuntária (e.g., através de *spam*, videoclipes). A investigação indica que os homens consomem mais pornografia (Boies, 2002) e apresentam também mais fantasias sexuais do que as mulheres (Crépault & Couture, 1980; Ellis & Symons, 1990; Leitenberg & Henning, 1995; Wilson, 2010).

Paralelamente, vários estudos têm constatado que a pornografia está associada, entre outros, a opiniões desqualificativas sobre as mulheres e mais atitudes negativas nas relações íntimas (Lalumière et al., 2005; Marshall, 2000; Oddone-Paolucci et al., 2000), à perpetração de abuso sexual e comportamentos controladores no seio das relações íntimas (Kingston, Fedoroff, Firestone, Curry & Bradford, 2008; Oddone-Paolucci et al., 2000; Shope, 2004; Simmons, Lehmann, & Collier-Tenison, 2008) e à aceitação de atitudes e crenças que legitimam a violência contra as mulheres, incluindo mitos sobre a violação (por exemplo, que as mulheres são responsáveis pela violação), ao dessensibilizá-los para o exercício desse tipo de violência (Allen, Emmers, Gebhardt, & Giery, 1995; Carter, Prentky, Knight, Vanderveer, & Boucher, 1987; Golde, Strassberg, Turner, & Lowe, 2000; Hald, Malamuth, & Yuen, 2010; Malamuth, 1981; Malamuth & Briere, 1986; Malamuth & Check, 1981; Malamuth & McIlwraith, 1988).

A investigação tem igualmente sugerido que as diferenças individuais também medeiam os efeitos da utilização da pornografia na agressão sexual (Anderson et al., 2003; Malamuth et al., 2000; Williams et al., 2009). Ou seja, é provável que alguns indivíduos sejam mais propensos a consumir pornografia violenta ou sexualmente desviante, e que os efeitos desse consumo no comportamento sexualmente desviante sejam mais acentuados para esses sujeitos. Neste sentido, a psicopatia tem sido apontada como a variável de personalidade mais relevante (Daversa & Knight, 2007; Williams et al., 2009). Para além da psicopatia, a avaliação da personalidade dos agressores sexuais também tem demonstrado pontuações mais elevadas no neuroticismo e mais baixas na extroversão, conscienciosidade e amabilidade (Dennison, Stough, & Birgden, 2001; Lehne, 2002; Voller & Long, 2010).

Esta investigação teve como orientação central alargar o corpo de investigação no âmbito dos efeitos do consumo de pornografia na população geral, contemplando variáveis que ainda não foram estudadas no seu conjunto, nomeadamente, as atitudes sobre a violência nas relações íntimas, as fantasias sexuais, e os traços de personalidade, constituindo-se assim como um estudo exploratório. Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objectivos: Analisar descritivamente as atitudes sobre a violência nas relações íntimas e as fantasias sexuais na população geral; Avaliar se o grau de adição à pornografia, as atitudes sobre a violência nas relações íntimas e as fantasias sexuais variam em função do sexo e do envolvimento numa relação amorosa; Analisar se existe uma relação entre o grau de adição à pornografia e as atitudes sobre a violência nas relações íntimas e, em caso afirmativo, avaliar se os traços de personalidade exercem um efeito mediador sobre essa relação.

MÉTODO

Participantes

Este estudo obteve uma amostra total de 1220 participantes, sendo que 43,6% eram do sexo masculino ($n=532$) e 56,3% do sexo feminino ($n=687$), com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M = 26,03$; $DP = 7,54$).

Relativamente ao estado civil, 78,3% ($n=955$) dos participantes eram solteiros, 18,8% ($n=229$) encontravam-se casados ou em situação de união de facto, 2,6% ($n=32$) eram divorciados, e 0,3% ($n=4$) eram viúvos. Paralelamente, 62,5% ($n=762$) dos participantes relataram que estavam atualmente envolvidos numa relação amorosa.

Efetuuou-se, ainda, um levantamento das profissões dos participantes (Figura 1), tendo sido agrupadas em: (1) ‘Estudantes’; (2) ‘Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos’ e ‘Especialistas das atividades intelectuais e científicas’; (3) ‘Técnicos e profissionais de nível intermédio’, ‘Pessoal administrativo’, ‘Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores’, e ‘Profissões das forças armadas’; (4) ‘Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta’, ‘Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices’, ‘Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem’, ‘Trabalhadores não qualificados’ e desempregados.

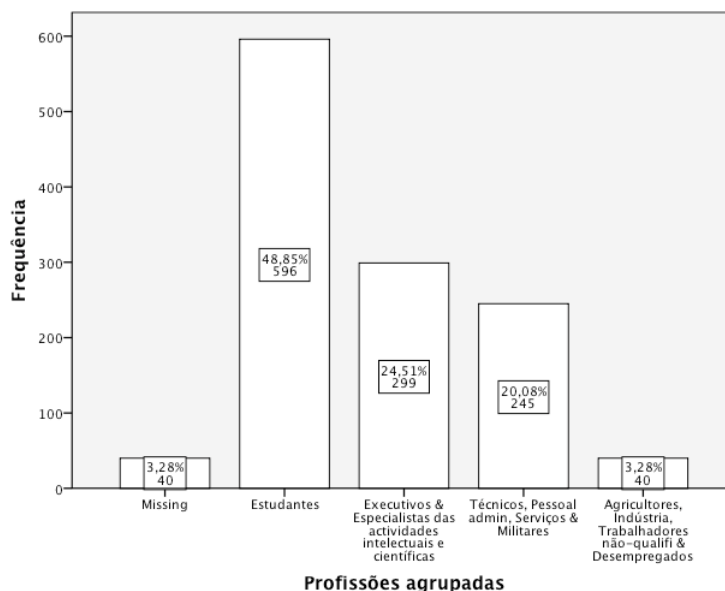


Figura 1. Profissões dos participantes

Material

Visando avaliar as atitudes sobre a violência nas relações íntimas, foi utilizada a *Intimate Partner Violence Attitude Scale-Revised* (IPVAS-R; Fincham, Cui, Braithwaite, & Pasley, 2008, traduzido e adaptado para português por Saramago & Cardoso, 2011), que mede a prevalência e severidade das atitudes relativas a comportamentos de abuso psicológico e verbal, controlo e violência física nas relações íntimas. A IPVAS-R divide-se em três subescalas: Abuso (e.g., ‘As “ameaças” não me incomodam desde que o/a meu/minha companheiro/a não me magoe’; itens: 3, 4, 6, 7, 9, 10, 15, 16); Controlo (e.g., ‘Considero admissível dizer ao/à meu/minha companheiro/a para não falar com alguém do sexo oposto’; itens: 12, 13, 14, 17); e Violência (e.g., ‘Jamais consideraria admissível pontapear, morder, ou bater com os punhos num/a companheiro/a’; itens: 1, 2, 5, 8, 11).

Os 17 itens são cotados com recurso a uma escala de Likert de um a cinco (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente). Os autores relataram uma consistência interna excelente a razoável para as subescalas de Abuso ($\alpha = 0,91$), Violência ($\alpha = 0,77$), e Controlo ($\alpha = 0,71$). Na presente investigação, observou-se uma consistência interna global do instrumento de 0,76, a par dos seguintes valores nas subescalas: Abuso ($\alpha = 0,65$), Violência ($\alpha = 0,72$), e Controlo ($\alpha = 0,60$).

Para avaliar o consumo de pornografia, foi administrada a subescala Padrões de Adição do *Cyber Pornography Use Inventory* (CPUI; Grubbs, Sessoms, Wheeler, & Volk, 2010, traduzido e adaptado para português por Saramago e Cardoso, 2011), que mede o grau de adição e a compulsão face ao consumo de pornografia online, sendo que quanto mais os indivíduos pontuarem nesta subescala maior será o seu grau de adição (e.g., 'Quando não consigo aceder a pornografia na Internet fico ansioso/a, zangado/a ou desapontado/a'; constituída por 18 itens). Os participantes devem indicar se concordam ou discordam das afirmações apresentadas nos itens, sendo que quanto maior o número de respostas concordantes mais elevada será a pontuação nessa subescala. Refira-se que apenas respondem a esta subescala as pessoas que previamente afirmaram ter consumido pornografia nos últimos seis meses. Os autores (Grubbs et al., 2010) relataram bons níveis de consistência interna para a subescala Padrões de Adição ($\alpha = 0,89$). Neste estudo, esta subescala apresentou uma consistência interna razoável ($\alpha = 0,76$).

Na avaliação das fantasias sexuais, recorreu-se ao *Wilson Sex Fantasy Questionnaire* (WSFQ; Wilson, 1978, traduzido e adaptado para português por Saramago & Cardoso, 2011), que mede especificamente 40 fantasias sexuais normais e parafilicas. Este instrumento está subdividido em quatro áreas: (1) Fantasias de Intimidade, como por exemplo, beijar e fazer amor com o companheiro – itens: 4, 12, 13, 19, 23, 30, 31, 35, 37, 39 (e.g., 'Fazer amor num local romântico na rua' ou 'Ter relações sexuais com a pessoa que ama'); (2) Fantasias Exploratórias, como participar numa orgia ou trocar de companheiro – itens: 5, 6, 9, 22, 26, 29, 32, 33, 34, 36 (e.g., 'Ser promíscuo/a' ou 'Ter relações sexuais incestuosas'); (3) Fantasias Impessoais, como ter relações sexuais com estranhos, utilizar vibradores ou pornografia – itens: 1, 2, 3, 10, 11, 16, 17, 18, 38, 40 (e.g., 'Utilizar objetos para estímulo sexual' ou 'Observar outros a terem sexo'); e (4) Fantasias Sadomasoquistas, que envolvem o recurso à força ou a humilhação – itens: 7, 8, 14, 15, 20, 21, 24, 25, 27, 28 (e.g., 'Ser amarrado/a' ou 'Açoitar ou dar palmadas em alguém'). Os participantes devem indicar a frequência com que têm cada fantasia sexual, através de uma escala de Likert de zero a cinco (0 - Nunca; 1- Raramente; 2- Ocasionalmente; 3- Poucas vezes; 4- Algumas vezes; 5- Muitas vezes). Sierra, Ortega e Zubeidat (2006) encontraram uma consistência interna aceitável a boa ($\alpha = 0,75-0,86$) nas diferentes subescalas, no que concerne à versão espanhola do instrumento. A pontuação total referente aos quatro tipos de fantasias proporciona, também, uma medida da frequência com que o indivíduo tem fantasias sexuais. Carlstedt, Bood e Norlander (2011) relataram uma excelente consistência interna para esta última medida ($\alpha = 0,91$).

Nesta investigação, observou-se uma consistência interna razoável ($\alpha = 0,76$), avaliando-se também a consistência de cada uma das subescalas: Intimidade ($\alpha = 0,68$), Exploratória ($\alpha = 0,79$), Impessoal ($\alpha = 0,82$) e Sadomasoquista ($\alpha = 0,78$).

Por fim, no que concerne à avaliação dos traços de personalidade, foi administrada uma versão traduzida para português do *Big Five Inventory* (BFI; John & Srivastava, 1999; John, Naumann, & Soto, 2008). Este instrumento é composto por 44 pequenas afirmações, que avaliam as dimensões da personalidade, tendo em conta a taxonomia do *Big Five*. As respostas são cotadas através de uma escala de Likert que varia de um a

cinco (1- Discordo totalmente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo totalmente).

Os itens encontram-se agrupados em cinco dimensões da personalidade: (1) Extroversão, que expressa energia, sociabilidade, atividade, assertividade e emoções positivas; (2) Amabilidade, conotada com o altruísmo, compaixão, confiança e modéstia; (3) Conscienciosidade, referente à propensão para o controlo da impulsividade e comportamentos assertivos; (4) Neuroticismo, que abrange características de instabilidade, emoções negativas, ansiedade, irritabilidade, tristeza e tensão nervosa; e (5) Abertura à Experiência, que remete para características de diversidade, profundidade, originalidade, complexidades e experiências de vida.

Em investigações anteriores, as escalas das dimensões têm apresentado valores elevados de fidedignidade, clara estrutura factorial, e uma convergência forte com outros instrumentos mais amplos que avaliam os *Big Five* (John et al., 2008). No estudo de Soto e John (2009) observou-se uma boa consistência interna nas cinco dimensões ($\alpha = 0,81-0,88$). No presente trabalho constatou-se que este instrumento revelou uma consistência interna global boa ($\alpha = 0,84$), apresentando os seguintes valores nas suas subescalas: Extroversão ($\alpha = 0,79$), Amabilidade ($\alpha = 0,66$), Conscienciosidade ($\alpha = 0,78$), Neuroticismo ($\alpha = 0,83$), e Abertura à Experiência ($\alpha = 0,78$).

Procedimento

A escolha dos instrumentos que constituíram o protocolo de investigação foi resultante da revisão de literatura efetuada, tendo sido efetuado um pedido de autorização a todos os autores para a sua utilização. Foi ainda feita uma seleção de categorias para os tipos de pornografia mais visualizados após uma pesquisa às categorias mais populares em sítios da internet que albergam este tipo de material.

Os instrumentos foram traduzidos do inglês original para o português, tendo sido depois feita uma retroversão por uma terceira pessoa bilingue. A ordem de aplicação dos instrumentos foi escolhida de forma a tentar minimizar o efeito de saturação, resultante das mais de 100 questões presentes no protocolo de investigação. Neste sentido, aplicou-se primeiro o BFI que, apesar de ser o que apresenta mais questões, são curtas e diretas, possibilitando respostas mais rápidas. De seguida, aplicou-se o WSFQ e depois administrou-se o IPVAS-R que, por integrar menos questões e ser mais diretivo seria mais facilmente respondido pelos indivíduos, e, em último lugar, aplicou-se o CPUI, a que apenas as pessoas que consumiram pornografia nos últimos seis meses deviam responder.

O protocolo de investigação foi disponibilizado numa plataforma online, no Google Docs, tendo o processo de recolha de amostra ocorrido entre o início de janeiro e o final de maio de 2012. Foram asseguradas as questões de natureza ética, sendo que os participantes tiveram de assinalar a sua concordância com o consentimento informado para poderem prosseguir para as respostas aos instrumentos do protocolo.

Limitou-se a recolha de amostra à população geral, entre os 18 e os 64 anos. Tal deveu-se ao facto do consumo de pornografia ser proibido a indivíduos com idades inferiores aos 18. Por outro lado, para se tentar controlar a coerência das respostas, limitou-se a idade máxima aos 64, pois atualmente, a partir dos 65 anos, os indivíduos são considerados idosos, podendo ter desenvolvido doenças degenerativas, devido ao processo de envelhecimento, que poderiam invalidar as suas respostas.

RESULTADOS

Realizaram-se primeiramente análises das médias das várias subescalas que compõem o IPVAS-R e o WSFQ (quadro 1), de modo a averiguar as atitudes sobre a

violência nas relações íntimas e as fantasias sexuais mais prevalentes na amostra. Constatou-se que as atitudes mais presentes são as que legitimam o abuso nas relações íntimas e que as fantasias sexuais predominantes são as de cariz impessoal.

Quadro 1

Prevalência das atitudes sobre a violência nas relações íntimas e das fantasias sexuais

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Atitudes de Abuso	1171	14,15	4,30
Atitudes de Violência	1197	4,79	2,06
Atitudes de Controlo	1192	8,94	3,44
Fantasias de Intimidade	1220	10,55	7,30
Fantasias Exploratórias	1220	10,39	8,65
Fantasias Impessoais	1220	33,34	9,92
Fantasias Sadomasoquistas	1220	7,38	7,54

Com o intuito de se verificar se existiam diferenças nas atitudes, no grau de adição à pornografia e nas fantasias sexuais, em função do sexo dos participantes, realizou-se um teste *t* para amostras independentes (quadro 2). Observou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo que o sexo masculino apresentou mais atitudes que suportam o abuso e o controlo nas relações íntimas, um maior padrão de adição à pornografia, mais fantasias sexuais e, especificamente, mais fantasias de intimidade e exploratórias. Por outro lado, o sexo feminino apresentou mais fantasias sadomasoquistas do que o sexo masculino.

Quadro 2

Diferenças nas atitudes sobre a violência nas relações íntimas, na adição à pornografia e nas fantasias sexuais em função do sexo

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Atitudes de Abuso	15,45	4,43	13,15	3,90	9,29	1025,07	0,001
Atitudes de Violência	4,80	2,30	4,77	1,86	0,27	1194	0,79
Atitudes de Controlo	9,45	3,48	8,55	3,36	4,51	1189	0,001
Padrões de Adição à Pornografia	23,25	3,36	22,32	2,48	4,36	750,67	0,001
Fantasias de Intimidade	12,28	7,75	9,20	6,63	7,34	1044,34	0,001
Fantasias Exploratórias	12,25	9,19	8,95	7,92	6,60	1049,10	0,001
Fantasias Impessoais	33,54	9,38	33,17	10,32	0,66	1186,21	0,51
Fantasias Sadomasoquistas	6,08	6,65	8,37	8,01	-5,45	1011,07	0,001
Índice Total de Fantasias	64,15	26,57	59,68	26,43	2,92	1217	0,001

Para analisar se existiam diferenças nas atitudes, no grau de adição à pornografia e nas fantasias sexuais, em função da existência, ou não, de envolvimento numa relação amorosa, realizou-se um outro teste *t* para amostras independentes (quadro 3). Constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, sendo que os indivíduos que não estavam numa relação amorosa apresentaram um maior grau de adição à pornografia e mais fantasias exploratórias, enquanto os que se encontravam

num relacionamento amoroso revelaram mais atitudes controladoras e maior preponderância de fantasias de cariz impessoal.

Quadro 3

Diferenças nas atitudes sobre a violência nas relações íntimas, na adição à pornografia e nas fantasias sexuais em função do envolvimento numa relação amorosa

	Não estão numa relação amorosa		Estão numa relação amorosa		<i>t</i>	<i>Gf</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Atitudes de Abuso	14,29	4,31	14,08	4,29	0,83	1159	0,41
Atitudes de Violência	4,75	1,92	4,80	2,14	-0,40	1185	0,69
Atitudes de Controlo	8,49	3,08	9,20	3,59	-3,60	1023,89	0,001
Padrões de Adição à Pornografia	23,15	3,02	22,66	3,05	2,17	746	0,03
Fantasias de Intimidade	10,51	7,65	10,57	7,13	-0,14	1208	0,89
Fantasias Exploratórias	11,13	8,85	9,97	8,52	2,25	1208	0,03
Fantasias Impessoais	31,46	11,67	33,80	8,74	-2,11	743,01	0,04
Fantasias Sadomasoquistas	6,88	7,45	7,72	7,59	-1,88	1208	0,06
Índice Total de Fantasias	60,98	29,48	62,06	24,85	-0,65	815,00	0,51

Para verificar se existia uma relação entre o grau de adição à pornografia e as atitudes sobre a violência nas relações íntimas aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Pearson. Observou-se a existência de uma correlação positiva fraca entre o grau de adição à pornografia e as atitudes de abuso, $r(730) = 0,25$, $p < 0,01$, as atitudes de violência, $r(746) = 0,07$, $p = 0,42$, e as atitudes de controlo, $r(739) = 0,15$, $p = < 0,01$.

Tendo por base esta associação encontrada, procurámos verificar se os traços de personalidade (Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência) têm um efeito mediador na relação entre o grau de adição à pornografia e as atitudes sobre a violência nas relações íntimas. Criou-se uma nova variável com o score total do instrumento IPVAS-R, a qual passou a medir o Índice Total de Atitudes sobre a violência nas relações íntimas, sendo que quanto mais os indivíduos pontuarem neste índice mais atitudes legitimadoras apresentam.

Levaram-se a cabo cinco regressões lineares, uma para cada variável mediadora. Todos os traços de personalidade apresentaram valor preditivo sobre o grau de adição à pornografia: Extroversão, $F(1,719)=14,61$, $p<0,01$; Amabilidade, $F(1,705)=11,04$, $p<0,01$; Conscienciosidade, $F(1,706)=21,05$, $p<0,01$; Neuroticismo, $F(1,718)=13,06$, $p<0,01$; e Abertura à Experiência, $F(1,718)=6,19$, $p<0,05$). Em seguida, realizou-se nova regressão linear entre o grau de adição à pornografia e o Índice Total de Atitudes, comprovando-se o papel da adição como preditora das atitudes sobre a violência nas relações íntimas, $F(1,719)=48,15$, $p<0,01$). Finalmente, realizou-se uma nova regressão linear para se verificar se o grau de adição à pornografia e os traços de personalidade, em conjunto, tinham valor preditivo sobre o Índice Total de Atitudes (quadro 4). Observou-se que os traços de Amabilidade e Neuroticismo mediavam parcialmente, de forma negativa, a influência dos padrões de adição à pornografia nas atitudes sobre a violência nas relações íntimas, dado terem apresentado um valor de significância inferior a 0,01. Para além disso, constatou-se que o efeito indireto do grau de adição à pornografia nas atitudes é significativo, tanto no caso da mediação parcial pela amabilidade (Teste de Sobel $=2,68$, $p < 0,0001$), como neuroticismo (Teste de Sobel

=2,91, $p < 0.0001$. Portanto, um maior grau de adição à pornografia leva, parcialmente a mais atitudes legitimadoras sobre a violência nas relações íntimas, apenas para os indivíduos que apresentam pouca amabilidade e maior estabilidade emocional.

Quadro 4

Efeito de mediação dos traços de personalidade na adição à pornografia sobre as atitudes legitimadoras da violência nas relações íntimas

Variáveis independentes	Atitudes sobre a violência nas relações íntimas		
	B	SE B	β
Padrões de Adição	0,48	0,10	0,20**
Extroversão	0,01	0,06	0,01
Amabilidade	-0,19	0,06	-0,13**
Conscienciosidade	-0,11	0,05	-0,09
Neuroticismo	-0,16	0,05	-0,13**
Abertura à Experiência	-0,04	0,05	-0,03
R^2 ajustado		0,11	
F (6,587)		13,49	

** $p < 0,01$

DISCUSSÃO

Verificou-se que o tipo mais comum de atitudes sobre a violência nas relações íntimas foram as que legitimam o abuso psicológico/ emocional sobre, ou por, um parceiro íntimo. Por contrapartida, os participantes admitiram possuir bastante menos atitudes legitimadoras da violência física nas relações íntimas. Paralelamente, observou-se que as fantasias sexuais mais prevalentes nesta amostra são as de cariz impessoal, o que é distinto de outros estudos (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2006; Wilson, 2010), onde as fantasias associadas a conteúdos de intimidade são as mais comuns. Inúmeras variáveis poderão ter implicação neste resultado, por exemplo, o fator cultural, já que este é o primeiro estudo do género conduzido em Portugal, ou até o facto de a amostra não ser representativa da população portuguesa.

No que concerne às diferenças em função do sexo, constatou-se que os homens admitem consumir mais pornografia, o que é coincidente com outros trabalhos (Boies, 2002), e revelam uma maior frequência de fantasias sexuais que as mulheres, o que também é concordante com a literatura (Crépault & Couture, 1980; Ellis & Symons, 1990; Wilson, 2010). No entanto, ao contrário do que o estado da arte refere, as mulheres apresentaram mais fantasias de cariz sadomasoquista do que os homens. Tendo em conta que não se diferenciou entre fantasias sádicas e masoquistas, desconhece-se em qual das duas, ou se mesmo em ambas, pontuariam mais.

Os indivíduos que não estavam envolvidos numa relação amorosa, à data da investigação, apresentaram um grau mais elevado de adição à pornografia, bem como mais fantasias de conteúdo exploratório. Por outro lado, os que se encontravam num relacionamento amoroso demonstraram ter mais atitudes legitimadoras do controlo do parceiro íntimo. Seria interessante investigar se o envolvimento numa relação amorosa suscita sentimentos de possessão e atitudes de controlo sobre o parceiro no geral. Ou será que o instrumento utilizado para avaliar estas atitudes não discrimina entre o ciúme normativo e o patológico? Julgamos que será um aspeto passível de ser abordado num estudo futuro.

Curiosamente, os sujeitos que estavam envolvidos numa relação amorosa também apresentaram mais fantasias de cariz impessoal, o que poderá significar que, a partir do momento em que os indivíduos se envolvem numa relação amorosa, começam a ter mais fantasias que incluem atos sexuais com outras pessoas para além do parceiro íntimo, ou que desejam utilizar objetos como estímulo sexual da relação.

Neste estudo, constatou-se a existência de uma associação positiva fraca entre o grau de adição à pornografia e as atitudes legitimadoras da violência nas relações íntimas, verificando-se que quanto maior for o grau de adição maior a preponderância das atitudes. A regressão linear realizada posteriormente veio confirmar o papel preditivo do consumo de pornografia neste tipo de atitudes. Tal vai ao encontro da literatura, que refere a existência de uma relação entre o consumo de pornografia e a maior presença de atitudes negativas nas relações íntimas (Lalumière et al., 2005; Marshall, 2000; Oddone-Paolucci et al., 2000).

Após aplicar-se o modelo de mediação, para verificar se os traços de personalidade mediariam a relação encontrada entre a adição à pornografia e as atitudes sobre a violência nas relações íntimas, constatou-se que essa relação era parcialmente mediada por dois traços de personalidade: Amabilidade e Neuroticismo. Portanto, os indivíduos que apresentaram uma menor amabilidade e maior estabilidade emocional tendiam a apresentar mais atitudes legitimadoras da violência nas relações íntimas, através da influência parcial do consumo de pornografia. Apesar deste estudo ter sido realizado na população geral, estes traços são igualmente encontrados em indivíduos classificados como agressores sexuais, com a diferença destes últimos terem igualmente pontuações elevadas na Extroversão, Conscienciosidade e Abertura à Experiência (Dennison et al., 2001; Lehne, 2002; Voller & Long, 2010). Será que estes três traços da personalidade, para além da psicopatia (Daversa & Knight, 2007; Williams et al., 2009), constituem as características que distinguem as pessoas que cometem agressões sexuais das que apenas se limitam a fantasiar sobre isso? Seria interessante aprofundar este dado num estudo posterior.

Em suma, nem todos os indivíduos que consomem pornografia irão apresentar atitudes legitimadoras da violência nas relações íntimas, mas aqueles que apresentarem um menor altruísmo, amabilidade e modéstia, e uma maior estabilidade emocional, terão uma maior probabilidade de possuírem este tipo de atitudes e crenças.

Esta investigação procurou explorar os efeitos do consumo de pornografia tendo em conta variáveis que ainda não tinham sido estudadas nas suas interações. Observou-se que, para além dos efeitos negativos do consumo de pornografia já conhecidos no estado da arte, esta também está associada a mais atitudes legitimadoras da violência nas relações íntimas, particularmente para aqueles indivíduos que possuem menor amabilidade e maior instabilidade emocional.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser referidas. Primeiramente, a administração do protocolo de investigação através da Internet contém um risco associado que se prende com o controlo das idades dos indivíduos, que seria mais adequadamente salvaguardado se tivesse sido administrado presencialmente. Em segundo lugar, dado o protocolo ser composto por mais de 100 questões, há também o risco dos participantes serem susceptíveis ao efeito de saturação, apesar de se ter tentado minorizar o mesmo através da ordem de aplicação dos instrumentos. Em terceiro lugar, esta é uma temática bastante susceptível à desejabilidade social, não se tendo administrado nenhum teste para controlar esse aspecto, dado não se querer aumentar ainda mais a possibilidade do efeito de saturação. No entanto, a opção pela aplicação do protocolo de investigação através da Internet deveu-se prioritariamente à tentativa de minimizar a inibição dos respondentes. A administração online também possibilitou

alcançar um maior número de participantes, apesar de ter sido difícil conseguir-se uma amostra representativa da população geral. Um outra limitação prende-se com a análise factorial do instrumento WSFQ, que repartiu os itens de forma distinta da estrutura original, o que poderá sugerir que alguns participantes responderam de forma aleatória a esse instrumento.

Sugere-se que, no futuro, se atente às limitações referidas e explore outras questões que a presente investigação ressaltou, de forma a obter-se uma compreensão mais aprofundada deste fenómeno. Nomeadamente, seria interessante averiguar-se se as mulheres possuem mais fantasias de teor sádico e/ou masoquista que os homens, já que neste trabalho observou-se que apresentavam mais fantasias sadomasoquistas. Por outro lado, questionar também os indivíduos, face às fantasias que apresentaram, quais as que já reproduziram em comportamentos e quais percebem como sendo sexualmente desviantes. Paralelamente, investigar também com que idade começaram a consumir pornografia, em particular a de conteúdo desviante. Tal é importante, pois numa altura em que os jovens estão a aprender e a consolidar as suas identidades ao nível da sexualidade e do género, se estiverem expostos a material sexualmente explícito, tal poderá ter um impacto negativo.

REFERÊNCIAS

- Allen, M., Emmers, T., Gebhardt, L. and Giery, M. A. (1995). Exposure to Pornography and Acceptance of Rape Myths. *Journal of Communication*, 45, 5-26. doi: 10.1111/j.1460-2466.1995.tb00711.x
- Anderson, C. A., Berkowitz, L., Donnerstein, E., Huesmann, L. R., Johnson, J. D., Linz, D., Malamuth, N. M., & Wartella, E. (2003). The influence of media violence on youth. *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 81-110. doi:org/10.1111/j.1529-1006.2003.pspi_1433.x
- Boies, S. C. (2002). University students' uses of and reactions to online sexual information and entertainment: Links to online and offline sexual behavior. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 77-89.
- Carlstedt, M., Bood, S. A., & Norlander, T. (2011). The affective personality and its relation to sexual fantasies in regard to the Wilson Sex Fantasy Questionnaire. *Psychology*, 2, 792-796. doi:org/10.4236/psych.2011.28121
- Carter, D. L., Prentky, R. A., Knight, R. A., Vanderveer, P. L., & Boucher, R. J., (1987) Use of pornography in the criminal and developmental histories of sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 196-211. doi:org/10.1177/088626087002002005
- Chan, H. C., Heide, K. M., & Beauregard, E. (2011). What propels sexual murderers: A proposed integrated theory of social learning and routine activities theories. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55, 228-250. doi: 10.1177/0306624X10361317
- Daversa, M. T., & Knight, R. A. (2007). A structural examination of the predictors of sexual coercion against children in adolescent sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1313-1333. doi: 10.1177/0093854807302411
- Dennison, S. M., Stough, C., & Birgden, A. (2001). The big 5 dimensional personality approach to understanding sex offenders. *Psychology, Crime, & Law*, 7, 243-261.
- Ellis, B.J., & Symons, D. (1990). Sex differences in sexual fantasy: An evolutionary psychological approach. *Journal of Sex Research*, 27, 527-555. doi:org/10.1080/00224499009551579

- Fincham, F. D., Cui, M., Braithwaite, S. R., & Pasley, K. (2008). Attitudes towards intimate partner violence in dating relationships. *Psychological Assessment*, 20, 260-269. doi:org/10.1037/1040-3590.20.3.260
- Golde, J. A., Strassberg, D. S., Turner, C. M., & Lowe, K. (2000). Attitudinal effects of degrading themes and sexual explicitness in video materials. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 223-232. doi: 10.1177/107906320001200305
- Grubbs, J. B., Sessoms, J., Wheeler, D. M., & Volk, F. (2010). The Cyber-Pornography Use Inventory: The development of a new assessment instrument. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17, 106-126. doi:org/10.1080/10720161003776166
- Hald, G. M., Malamuth, N., & Yuen, C. (2010). Pornography and attitudes supporting violence against women: Revisiting the relationship in nonexperimental studies. *Aggressive Behavior*, 36, 14-20. doi:org/10.1002/ab.20328
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford Press.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 114–158). New York, NY: Guilford.
- Kingston, D. A., Fedoroff, P., Firestone, P., Curry, S., & Bradford, J. M. (2008). Pornography use and sexual aggression: The impact of frequency and type of pornography use on recidivism among sexual offenders. *Aggressive Behavior*, 34, 1–11. doi: 10.1002/ab.20250
- Lalumière, M. L., Harris, G. T., Quinsey, V. L., & Rice, M. E. (2005). *The causes of rape: Understanding individual differences in male propensity for sexual aggression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Laws, D. R., & Marshall, W. L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 209-229). New York: Plenum.
- Lehne, G. K. (2002). The NEO Personality Inventory and the Millon Clinical Multiaxial Inventory in the forensic evaluation of sex offenders. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 269-282). Washington, DC: American Psychological Association.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496. doi:org/10.1037//0033-2909.117.3.469
- Lussier, P., Leclerc, B., Cale, J., & Proulx, J. (2007). Developmental pathways of deviance in sexual aggressors. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1441-1462. doi: 10.1177/0093854807306350
- Malamuth, N. M. (1981). Rape fantasies as a function of exposure to violent sexual stimuli. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 33-47. doi:org/10.1007/BF01542673
- Malamuth, N. M. (1998). The confluence model as an organizing framework for research on sexually aggressive men: Risk moderators, imagined aggression, and pornography consumption. In R. Geen & E. Donnerstein, (eds). *Human Aggression: Theories, Research, and Implications for Social Policy* (pp 229–245). San Diego: CA: Academic Press.

- Malamuth, N. M., & Briere, J. (1986). Sexual violence in the media: Indirect effects on aggression against women. *Journal of Social Issues*, 42, 75-92. doi:org/10.1111/j.1540-4560.1986.tb00243.x
- Malamuth, N. M., & Check, J.V.P. (1981). The effects of mass media exposure on acceptance of violence against women: A field experiment. *Journal of Research in Personality*, 15, 436-446. doi:org/10.1016/0092-6566(81)90040-4
- Malamuth, N. M., & McIlwraith, B. (1988). Fantasies and exposure to sexually explicit magazines. *Communication Research*, 15, 753-771. doi:org/10.1177/009365088015006005
- Malamuth, N. M., Addison, T., & Koss, J. (2000). Pornography and sexual aggression: Are there reliable effects and can we understand them? *Annual Review of Sex Research*, 11, 26-94. doi:10.1080/10532528.2000.10559784
- Marshall, W. L. (2000). Revisiting the use of pornography by sexual offenders: Implications for theory and practice. *Journal of Sexual Aggression*, 6, 67-77. doi: 10.1080/135526000008413310
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offenders* (pp. 257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W. L. & Marshall, L. E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1, 250-263. doi: 10.1177/1524838000001003003
- Murrin, M. R., & Laws, D. R. (1990). The influence of pornography on sexual crimes. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offenders* (pp. 73-91). New York: Plenum.
- Oddone-Paolucci, E., Genuis, M., & Violato, C. (2000). *The changing family and child development* (pp. 48-59). Aldershot: Ashgate.
- Shope, J. H. (2004). When words are not enough: The search for the effect of pornography on abused women. *Violence Against Women*, 10, 56-72. doi: 10.1177/1077801203256003
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2006). Confirmatory factor analysis of a Spanish version of the Sex Fantasy Questionnaire: Assessing gender differences. *Journal of Marital and Sexual Therapy*, 32, 137-159. doi:org/10.1080/00926230500442318
- Simmons, C., Lehmann, P., & Collier-Tenison, S. (2008). Linking male use of the sex industry to controlling behaviors in violent relationships. *Violence Against Women*, 14, 406-417. doi: 10.1177/1077801208315066
- Soto, C. J., & John, O. P. (2009). Ten facet scales for the Big Five Inventory: Convergence with NEO PI-R facets, self-peer agreement, and discriminant validity. *Journal of Research in Personality*, 43, 84-90. doi: 10.1016/j.jrp.2008.10.002
- Voller, E. K., & Long, P. J. (2010). Sexual assault and rape perpetration by college men: The role of the big five personality traits. *Journal of Interpersonal Violence*, 25, 457-480. doi: 10.1177/0886260509334390
- Williams, K. M., Cooper, B. S., Howell, T. M., Yuille, J. C., & Paulhus, D. L. (2009). Inferring sexually deviant behavior from corresponding fantasies: The role of personality and pornography consumption. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 198-222. doi: 10.1177/0093854808327277
- Wilson, G. D. (2010). The Sex Fantasy Questionnaire: An update. *Sexual and Relationship Therapy*, 25, 68-72. doi: 10.1080/14681990903505799

HIPNOTERAPIA EM MEDICINA DENTÁRIA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E ILUSTRAÇÃO COM CASO DE BRUXISMO

José Pinheiro Rosa ✉ 1, Renato Moras 1, Susana Bertoqini 2 e Michael Gow 3

1 - Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal; 2 - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto, Porto, Portugal; 3 - The Berkeley Clinic, Glasgow, Scotland

O presente trabalho visa contribuir para o preenchimento da aparente lacuna de conhecimento existente em Portugal sobre a utilidade da Hipnose em Medicina Dentária. Sobre as condições médicas que poderiam ser tratadas com hipnose, Yapko (2012) responde ao assunto com clareza: “partindo de um ponto de vista biopsicosocial, todas as doenças ou condições possuem múltiplas dimensões e numerosas variáveis que afectam a qualidade de vida do paciente (...) a hipnose pode ser utilizada no tratamento de, virtualmente, qualquer condição na qual os pacientes possam beneficiar de ficarem absorvidos numa forma mais adaptativa de verem e controlarem a sua condição” (pp135). Os pacientes de Medicina Dentária não serão excepção. Há varias dezenas de anos, Wolberg (1952), explica que a utilização de hipnose em Medicina Dentaria não é uma inovação, já existindo registos da utilização da mesma centenas de anos antes, apontando a sua associação com superstição e magia como causa do seu descrédito.

Esta ideia é reforçada por Frost (1959, p. 9): “apenas na última década é que a utilização da hipnose na prática dentária se tornou mais reconhecida de uma forma geral como uma ferramenta útil, adjuvante do Médico Dentista”. Na mesma publicação o autor descreve a utilização de hipnose como auxiliar em casos de fobia de agulhas, analgesia, prevenção de reflexo de vômito e náusea, tolerância para próteses e controlo salivar e hemorrágico.

No século XIX, W. A. Turner, um dentista de Leeds, realiza 40 extracções dentárias, através do uso de hipnoanestesia induzida pelo Dr. J. M. Bamwell (Extractions under hypnotism, 1890, citado em Frost, 1959). Nos E.U.A., Burgess (1952, p. 9) afirma que a hipnodontia tem vindo a ser utilizada em todas as fases da Medicina Dentária,” tendo sido documentados, por Médicos Dentistas, mais de 3000 casos no Dakota e Minnesota.”

Foi Moss (1952) que definiu hipnodontia como “aquele ramo da Medicina Dentária que lida com a aplicação de sugestões controladas e hipnose para a prática de Medicina Dentária” (p.13). O facto da Sociedade Britânica de Hipnotistas Dentários (BSDH) existir desde 1953 (Frost, 1959) poderá ser mais um factor que coloque em consideração a utilização desta técnica em Portugal.

Mesmo Médicos Dentistas e outros profissionais da área da Saúde podem não compreender o que é possível obter com a hipnose em comparação com fármacos.

✉ - José Pinheiro Rosa, Berkeley Street, 37; G3 7DW; Glasgow; Lanarkshire; Scotland, E-mail: jpinheiorosa@gmail.com;

Apesar de se conseguir obter sedação com fármacos, os mesmos não têm a capacidade de reeducar o paciente e de o conduzir a uma atitude mais positiva relativamente aos tratamentos dentários. A utilização de drogas implica o uso das mesmas em cada consulta; após algumas consultas com hipnose é frequente o paciente já não necessitar mais dos químicos. Aprendeu um novo padrão de resposta ao estímulo tratamento dentário (Erickson, 2005).

As técnicas de hipnose foram evoluindo, não só de uma forma geral, mas também concretamente na Medicina Dentária, tendo alcançado uma aplicação mais abrangente do que apenas a utilização para um procedimento específico. Glazer (2001) afirma que “provavelmente o maior benefício da hipnose clínica para o dentista é a habilidade de reconhecer o estado de consciência do paciente e aplicar estratégias hipnóticas verbais e não verbais para aumentar o conforto do paciente” (p. 286). O mesmo autor divide a aplicação de hipnose em Medicina Dentária em três níveis diferentes. O primeiro refere-se à utilização de auto-hipnose que permite ao profissional “atingir um maior nível de auto-consciência, um maior nível de proficiência e satisfação da prática de Medicina Dentária” (Glazer, 2001, p. 287).

Existem poucas pessoas que não experienciam, pelo menos, alguma ansiedade e medo relacionados com o tratamento dentário. De acordo com Scott e Humphreys (1987, citado em Gerschman, 2001) foi estimado que “89% dos indivíduos experienciam ansiedade pré-tratamento aquando da consulta dentária” (p.299). Assim, o segundo nível está relacionado com a criação de um ambiente hipnoticamente calmo na clínica dentária, no qual sugestões directas e indirectas são apresentadas para aumentar a cooperação e conforto do paciente; são intervenientes música de fundo, aromas, empatia dos profissionais, interesse genuíno no paciente. A este nível, é ainda sublinhada a efectividade da combinação de óxido nitroso com sugestões hipnóticas positivas (Glazer, 2001). No terceiro nível a palavra hipnose já é utilizada, implicando que o dentista tenha treino avançado em hipnose. Existem interações hipnóticas abertas, incluindo uma entrevista específica para a técnica (Glazer, 2001).

Bruxismo

Bruxismo é o acto para-funcional, involuntário e inconsciente de, isoladamente ou em combinação, ranger ou apertar os dentes durante movimentos não funcionais do sistema estomatognático que se manifestam de forma isolada ou combinada, em ranger ou apertar os dentes. A palavra “bruxismo” deriva do grego *brychein*, o “ranger dos dentes” (Gow, 2008) e o termo “la bruxomanie” foi introduzido primeiramente por Marie Pietkiewicz em 1907, sendo posteriormente adoptado como bruxismo (Lavigne, 2000, citado em Shetty et al. 2010). Pode ser diurno, por norma inaudível, ou nocturno, no qual o parceiro do sujeito frequentemente relata o ruído do contacto dentário (Gow, 2008). O primeiro é maioritariamente encontrado em mulheres, enquanto que o segundo não implica tal prevalência de género (Shetty, Pitti, Babu, Kumar & Deepthi, 2010). O bruxismo nocturno é considerado uma desordem de sono de acordo com as Desordens de Sono (ASM, 2005).

Etiologia

A etiologia do bruxismo é controversa e incerta, considerando-se multifactorial (Ellison & Stanziani, 1993, citado em Gow, 2008; Thompson et al., 1994, citado em Gow 2008; Simons et al., 2007). Esta multifactoriedade, combinada com dificuldades de diagnóstico e a não distinção entre os dois tipos de bruxismo previamente citados, serão a causa da grande variedade de resultados, por vezes contraditórios e de difícil interpretação, encontrados na literatura (Gow, 2008; Manfredini & Lobbezoo, 2009).

De acordo com a literatura, a divisão da etiologia do bruxismo pode ser agrupada em três categorias: morfológica/periférica relacionada com factores como interferências na oclusão dentária; psicossocial/psicológica com influências de stress e ansiedade; central/ patofisiológica cujas causas envolvem neurotransmissores ou gânglios basais (Gow, 2008; Lavigne, 2000, citado em Shetty et al., 2010).

Factores Morfológicos/Periféricos

Vários estudos dão pouca ou nenhuma importância à relação entre anomalias de oclusão dentária, articulações e estrutura óssea oro-facial e o bruxismo (Molina & dos Santos, 2002; Manfredini et al, 2004, citado em Shetty, 2010; Vanderas e Manetas, 1995, citado em Gow, 2008; Pierce et al 1995, citado em Gow 2008; Attanasio, 1991, citado em Gow 2008). No entanto, de acordo com Ghafournia e Tehrani (2012), a opinião atrás exposta não é partilhada pela totalidade da comunidade científica. Estes autores encontraram, em dentição decídua, relações estatisticamente significativas entre step mesial, oclusão topo-a-topo e bruxismo. Das condições dentárias irritantes avaliadas, aquelas que se encontraram significativamente relacionadas com bruxismo foram: impactação alimentar, cáries extensivas, dor dentária e bordos dentários afiados.

Ommerborn et al. (2012) num estudo sobre a relação entre bruxismo nocturno e vários parâmetros oclusais não encontraram diferenças de resultados entre os grupos de bruxómanos e de não bruxómanos. No entanto, sublinham o facto de uma possível existência de desordens mandibulares entre certos subgrupos, aconselhando a incorporação da capacidade de adaptação individual do sistema estomatognático em futuros estudos.

Factores Patofisiológicos/Centraís

O bruxismo tem sido relacionado com vários factores patofisiológicos, como por exemplo distúrbios de sono (Thorpy, 1990). Quando uma súbita mudança da profundidade de sono ocorre, com o indivíduo a passar para uma fase leve ou mesmo despertando, verifica-se um fenómeno denominado *arousal response*. Este fenómeno é acompanhado por movimentos corporais, aumento do ritmo cardíaco, mudanças respiratórias e aumento da actividade muscular (Shetty et al., 2010). Macaluso et al. (1998) verificaram que 86% dos episódios de bruxismo e de movimentos involuntários de pernas estavam associados com *arousal response*.

Há décadas atrás, a teoria do bruxismo poder ser causado por um mau funcionamento do Sistema Nervoso Central já existia (Holmgren e Sheikholeslam, 1978, citado em Gow, 2008; Kopp, 1982, citado em Gow, 2008). Posteriormente, dois artigos seguem a mesma linha de pensamento, relacionando o bruxismo com distúrbios no sistema de neurotransmissores central (Lobbezoo, Lavigne, Tanguay & Montplaiier, 1997; Lobbezoo, Soucy, Montplaste & Lavigne, 1996). Lobbezoo e Naeije (2001) relacionam alterações químicas cerebrais, ao nível do gânglio basal numa zona envolvida na coordenação dos movimentos, com os bruxómanos.

Parece existir uma relação entre anfetaminas, que aumentam a concentração de dopamina, facilitando a libertação da mesma, e aumento de bruxismo (Donaldson & Goodchild, 2006, citado em Gow 2008; Ashcroft et al., 1965, citado em Gow, 2008; Lobbezoo et al., 1997). Existe uma associação entre fumar e bruxismo (Nunn 2005, citado em Gow, 2008; Ahlberg et al 2004; Madrid, G., Madrid, S., Vranes & Hicks, 1998, citado em Gow 2008; Rintakoski et al., 2010). O facto de o bruxismo ser relatado duas vezes mais por fumadores do que por não fumadores poderá ser explicado pelo facto de a nicotina estimular a actividade do sistema dopaminérgico central (Ashcrof et al., 1965 citado em Shetty, 2010). Também o consumo de álcool (Hartmann 1994 citado

em Gow, 2008) e cafeína (Ohayon et al. 2001 citado em Gow, 2008) estão relacionados com esta parafunção.

Factores Psicológicos

Vários estudos publicados centraram-se no impacto destes factores na etiologia do bruxismo, mas de acordo com Shetty (2010) nenhum é conclusivo devido à ausência de estudos longitudinais de grande escala. Major et al. (1999) demonstraram que a ansiedade era a única variável psicológica a atingir uma diferença estatística significativa. Lazarus (1993, citado em Gow, 2008) define stress como “um estado emocional negativo de resposta a circunstâncias percebidas como excedendo a capacidade do indivíduo para cooperar” (p. 1). Existem estudos que relacionam o stress psicológico com o bruxismo (Hicks & Conti, 1991, citado em Abekura et al., 2011; Ohayon, 2001, citado em Gow 2008; Molina e Santos, 2002; Ahlberg et al., 2003, citado em Abekura et al., 2011; Ahlberg et al., 2005, citado em Abekura et al., 2011).

No entanto, outros não encontraram nenhuma associação (Melis & Abou-Atme 2003; Lavigne et al., 2008, citado em Shetty, 2010). Manfredini e Lobbezoo (2009) sugerem os motivos da diferença de resultados: não distinção entre bruxismo nocturno e diurno, reconhecidos como tendo diferentes patogénese; variações do método utilizado para determinar hábitos orais; diferentes definições e métodos de avaliação do stress. Os mesmos autores concluíram que o aperto dentário no estado de vigília pode estar maioritariamente associado a factores psicológicos, enquanto que os dados obtidos em estudos laboratoriais de sono não suportam a associação entre desordens psicológicas e bruxismo nocturno.

Apesar da incerteza sobre o papel exacto do stress e ansiedade na etiologia do bruxismo, Gow (2008) sublinha a complexidade dos mesmos, sendo muito mais do que apenas uma simples relação de causa e efeito. O mesmo autor sugere que o bruxismo possa ser um “comportamento aprendido, utilizado como um mecanismo para cooperar com o stress, talvez tendo sido estabelecido na infância, como é o caso de outros hábitos como o roer de unhas.”

Recentemente, Abekura et al. (2011) contribuíram para mais uma associação positiva entre bruxismo nocturno e sensibilidade ao stress psicológico; os resultados de Ahlberg et al. (2013) sugerem uma relação entre bruxismo auto-relatado e estados psicológicos como ansiedade e stress em sujeitos em idade de trabalho. Estes autores obtiveram diferenças distintas nos resultados para níveis de ansiedade entre os bruxómanos frequentes e os moderados ou não bruxómanos.

Os bruxómanos distinguem-se de indivíduos saudáveis na presença de depressão e níveis aumentados de hostilidade (Manfredini, Landi, Romagnoli & Bosco, 2004). Foi sugerido que o comportamento é uma tentativa de exprimir emoções reprimidas especialmente raiva e frustração, e é uma expressão física das ocorrências que o cérebro processa diariamente (Simons, Potter & Temple, 2007). Num estudo inovador, Sutin et al. (2010) estudaram a possibilidade de o bruxismo não estar apenas relacionado com os factores de ansiedade, depressão e desordens de humor, mas com diferenças individuais estáveis para a tendência em experienciar emoções negativas (traços de personalidade neurótica). Os autores encontraram evidências desta associação numa comunidade não clínica.

Bruxismo e Hipnose

Elman (1964) acreditava que, sendo o bruxismo um problema do foro da Medicina Dentária, a hipnose poderia ser positiva para esses casos, fazendo referência ao facto de a maior parte dos Médicos Dentistas com quem contactou não utilizarem a técnica nem

referirem os pacientes para um psiquiatra. Este autor defendia a utilização de hipnoanálise, que permitiria “corrigir a condição permanentemente através da localização do problema.” (Elman, 1964, p. 143). Afirmava ainda que “não existem muitos dentistas a utilizar a hipnoanálise para já, mas os que o fazem chamam-na uma ferramenta extremamente valiosa.” (Elman, 1964, p. 143).

Relativamente à possibilidade de aspectos de personalidade e psicológicos poderem ser importantes na etiologia do bruxismo, Gastone (1983, citado em Gow, 2011) afirma “existir uma reputação crescente para a hipnose ser um adjuvante benéfico no tratamento daquela para-função” (p. 156). Diversos autores reconhecem que sendo o bruxismo uma expressão de tensão ou ansiedade, a hipnose deve ser extremamente eficaz no tratamento do mesmo (Simons, Potter & Temple, 2007). Clarke (1997, citado em Gow, 2011), sobre o bruxismo relata uma taxa de sucesso de 75% a 80%, concluindo que “é um problema que exige uma variedade e, por vezes, combinação de tratamentos” (p. 157). Somer (1991) e Gow (2008) também seguem esta linha de pensamento, sublinhando a importância de considerar a multifactorialidade etiológica do bruxismo.

Gow (2011) enumera o stress, ansiedade, conflito ou outro assunto de foro psicológico como indicadores para a utilização de hipnose. Assim, a escolha da hipnose bem como a abordagem a seguir dependerão das características do caso, tendo por norma, diferentes objectivos ou alvos: eliminar/reduzir comportamentos ou hábitos nocivos, reduzir/eliminar/modificar o hábito em si; descobrir a causa do mesmo; relaxar os músculos da mastigação, etc. No entanto, Simons et al. (2007) chamam a atenção para a importância de qualquer causa orgânica ser diagnosticada e tratada, antes do uso de hipnose ser considerado.

Um dos motivos para a não utilização de hipnose nestes casos talvez seja a diminuta quantidade de estudos científicos sobre o assunto, além da multifactorialidade etiológica desta para-função, Mulligan e Clark (1979, citado em Gow, 2011) foram responsáveis pelo primeiro estudo sistemático sobre hipnose e bruxismo. Através de electromiografias (EMG) gravaram a actividade muscular do masséter. Em seis pacientes, três demonstraram um decréscimo significativo, um evidenciou uma redução, um sujeito não revelou melhorias e um outro uma resolução completa. Também um estudo realizado por Clarke e Reynolds (1991), sobre bruxismo nocturno, revelou resultados positivos com a redução da actividade do masséter, verificada nas EMG, após o tratamento e a longo-prazo, com base em relatos dos sujeitos e dos parceiros.

Um estudo piloto por Gow (s.d., citado em Simons et al., 2007) demonstrou que na opinião do grupo experimental, a utilização de hipnose resultou numa melhoria significativa da para-função em relação ao grupo de controlo. Através de EMG verificou-se um decréscimo significativo na actividade do masséter confirmando os resultados.

Caso clínico

A paciente, com 44 anos de idade, mãe de dois filhos, apresentou-se na consulta encaminhada por um Médico Dentista, especificamente por motivo de bruxismo. Sendo o objectivo deste trabalho expor a utilização de hipnose e dada a extensão do questionário (complementar à avaliação clínica) assim como a complexidade do caso, serão apenas focados os dados relevantes para este tema. No entanto, como já descrito anteriormente na revisão bibliográfica, o bruxismo apresenta uma etiologia multifactorial, e dependendo da avaliação, tanto clínica, como dos dados obtidos no questionário, as abordagens terapêuticas poderão seguir diferentes caminhos. Neste caso, além dos dados obtidos no questionário, que indicaram a utilização de hipnose como

vantajosa, também se verificou a necessidade de uma intervenção clínica por parte de um especialista em oclusão dentária.

Elementos complementares da avaliação clínica

Gow (2008) desenvolveu um questionário sobre bruxismo, presente em anexo, utilizado para revelar a história e sintomatologia do caso, bem como destacar possíveis factores etiológicos que possam ser significativos. O objectivo será obter uma ideia mais concreta das possibilidades terapêuticas a seguir, tendo em conta a já referida etiologia multifactorial desta para-função.

A paciente apresentou sintomatologia dolorosa na base do pescoço, masséteres, queixas de cefaleias tensionais e enxaquecas, ombros doridos e ainda sensibilidade dentária. Tem consciência de apertar ou ranger os dentes, tanto de dia como durante o sono, bem como de um desgaste dentário progressivo há diversos anos e uma diminuição da dimensão vertical da face. Considera que o stress vivenciado em situações do seu dia-a-dia piora a tendência para repetir o comportamento sintomático e reconhece as dificuldades em relaxar e controlar a ansiedade: “tenho problemas em relaxar, não o sei fazer”. Quando questionada se alguma vez se sente inquieta ou agitada, responde “constantemente”.

Relativamente ao sono, adormece no sofá, geralmente por volta das 23h30, mudando depois para a cama por volta da 01h00m. Relata que tem dormido menos, com o passar dos anos, e com um sono “perturbado”. Acorda pelas 06h00m, “cansada, sinto-me terrível”. Não fumadora, consome, no entanto, “bastante caféina” e 4 unidades e meia de álcool (cerveja) à noite. O National Health Service (NHS) do Reino Unido recomenda, como consumo máximo para mulheres, duas a três unidades por dia (NHS, 2011). Não está a fazer medicação, já fez benzodiazepina, prescrita por um Médico Dentista, para o caso em questão. Usou duas goteiras oclusais no passado, uma rígida e uma mole, sem resultados. Sobre a possibilidade de parar com a para-função revelou-se duvidosa. Considerando os estudos teóricos e clínicos sobre bruxismo e sobre hipnose, a opção de utilização desta técnica como adjuvante no tratamento do caso desta paciente baseou-se nos seguintes motivos:

- Stress – reduzir ansiedade.
- Alteração de hábitos nocivos – consumo de álcool (previamente já relacionado com o hábito, de acordo com a literatura); adormecer no sofá diariamente, causando, por norma, posturas não saudáveis, com possível impacto negativo a nível muscular.
- Sono – teoricamente, a modificação positiva dos factores anteriores terá um impacto significativo na qualidade de sono e possivelmente melhorará o estado negativo descrito pela paciente ao acordar.
- Motivação/reforço do ego – não só geral, mas também especificamente centrado na mudança de hábitos atrás expostos.

Tendo em conta o objectivo geral deste trabalho, de elucidar as vantagens da hipnose em Medicina Dentária, os autores gostariam de salientar que a utilidade da hipnoterapia em casos de bruxismo é mais abrangente do que o descrito neste caso em particular. Ou seja, quando na história clínica e nos exames médico-dentários não existem dados claros ou significativos para explicar uma situação de bruxismo, a utilização de hipnoanálise, já referida previamente, será uma alternativa a considerar. (cf. Ewin e Eimer (2005).

1ª Consulta. Efectuaram-se os habituais exames médico-dentários, preencheu-se o questionário e procedeu-se a uma explicação detalhada sobre hipnose (desmistificação e início de sugestões) e vantagens da mesma. É de salientar a importância da criação de

rapport nesta primeira consulta, essencial para posteriores trabalhos e especificamente para a sessão de hipnose já acordada com a paciente. Este termo poderá ser definido como uma sensação de conforto com outro ou outros e pode começar a ser estabelecido assim que o paciente contacta a clínica (Gow, 2011). A este propósito, Gow (2011) sublinha que “se existir um forte *rapport* e confiança entre o hipnotizador e o paciente, a intervenção terá muito mais probabilidades de ser bem sucedida” (p. 142). Existem várias técnicas para a obtenção do mesmo, como por exemplo: “espelhando” ou reproduzindo subtilmente características ou comportamentos da outra pessoa (Lang & Laser, 2009, citado em Gow, 2011); uma determinada forma de aperto-de-mão (Faulkner et al. Citado em Gow, 2011); perguntando ao paciente qual o nome pelo qual os amigos o tratam e obtendo permissão para a utilização desse mesmo nome (Gow, 2011).

2ª consulta. Após conversar um pouco com a paciente no sentido de continuar a solidificar o *rapport* seguiu-se uma breve exposição sobre os objectivos e técnicas a serem utilizados, assim como sobre algumas considerações teóricas de suporte destas, nomeadamente a teoria do neurónio-espelho (E. Rossi e K. Rossi, 2006), reforçando o carácter científico e prático da hipnose. Em suma, o objectivo desta fase inicial da consulta foi esclarecer a paciente sobre dúvidas que permanecessem e, acima de tudo, a criação de expectativas positivas, factor extremamente significativo em hipnose. “Vários estudos demonstram que as pessoas respondem de acordo com as expectativas que têm e alterando-se essas expectativas, pode-se modificar a forma como elas respondem” (Kirsch, 2001, citado em Gow, 2001, p.143).

A indução utilizada foi a *Hand Clasp Technique* (Gow, 2011; MacCarthy, 2006), que permite formalizar a entrada em transe, e é bastante simples e útil para posteriores sessões de auto-hipnose. Além disso, devido à posição das mãos e tendões, o sujeito teria de resistir activamente para impedir a tendência natural dos dedos se juntarem; se tal acontecer poder-se-á verificar, desde logo, uma reserva do sujeito para entrar em hipnose.

Existem várias técnicas que auxiliam o relaxamento e facilitam o aprofundamento. Relaxamento neuromuscular refere-se à redução da actividade neural e da tensão contráctil dos músculos esqueléticos. O relaxamento activo, amplamente utilizado e popularizado por Jacobson como relaxamento muscular progressivo, consiste em exercícios de contração e relaxamento de grupos musculares específicos; a alternativa é uma forma passiva, que consiste em focar a atenção sensorial do paciente nos grupos musculares (B.S.M.D.H., 2001).

Jacobson compreendeu que da mesma forma que a tensão muscular acompanha a ansiedade, a ansiedade pode ser reduzida aprendendo a diminuir a tensão muscular (Gow, 2011). A técnica seguinte utilizada, a *Magnifying Glass* (McCarthy, 2006) é uma metáfora que termina num relaxamento progressivo. No final deste, a paciente foi questionada sobre alterações espontâneas que terão ocorrido (alterações de peso, temperatura, tamanho, forma, etc) tendo a paciente confirmado essas alterações. Foi então sugerido um truísmo pós-hipnótico – se a paciente consegue alterar a sua percepção de coisas fisicamente tão inalteráveis, também possui a habilidade para mudar os seus pensamentos, emoções, sentimentos e respostas.

A sessão continuou com *The Special Place of Bliss (SPBI)* (McCarthy, 2006) um análogo da técnica “Sítio Favorito de Relaxamento”. Esta última é relativamente comum na prática da hipnose moderna e traduz-se como um local de segurança psicológica, uma situação de grande conforto e relaxamento que serve como base para as técnicas seguintes. O *SPBI* vai mais longe, permitindo ao paciente colocar simbolicamente de parte todas as preocupações e problemas, conferindo absoluto sigilo

e autonomia, facilitando o processo terapêutico e até deixando que seja o próprio paciente a, em grande parte, ser o seu próprio terapeuta (McCarthy, 2006).

Relativamente à técnica seguinte, “como o nome indica, reforço do ego, é qualquer coisa que aumenta a crença positiva do paciente nele mesmo, que aumenta a auto-estima e que ajuda o paciente a aceder aos seus recursos internos” (2012, Brann). Ornstein (1972, citado em B.S.M.D.H.) defendia que *Confidence*, *Calmness*, *Courage* eram a base para sugestões terapêuticas específicas, constituindo a “tríade da tranquilidade”, e estando cada vértice direccionado para um tipo específico de paciente. Utilizou-se uma adaptação desta técnica de reforço do ego, *Calm, Control and Confident* (Gow, 2011) com a paciente a visualizar um triângulo com aquelas palavras em cada vértice e a palavra *cope* no centro do mesmo, com ancoragem de um estado positivo.

Uma âncora é qualquer estímulo que evoca um padrão de resposta consistente de um indivíduo (Lankton, 1980, citado em Brann, 2012). Pode ser negativa (como por exemplo o ruído da turbina do Médico Dentista, a bata branca ou um cheiro) ou positiva (Gow, 2011). Pode ocorrer naturalmente, mas também pode ser instalada, como foi o caso, consistindo no apertar dos dedos polegar e médio, enquanto as palavras *calm*, *control*, *confident* e *cope* eram entoadas como um mantra, através de repetições rítmicas das mesmas. “Na entoação de um Mantra, no Yoga e exercícios Zen, a experiência fisio-psicológica é intensificada através da repetição constante e melíflua de palavras e sons, quer em meditação silenciosa ou vocalizada” (Ornstein, 1972, citado em BSMDH, 2001).

A *Clenched Fist Technique* (Stein, 1963, citado em B.D.S.M.D., 2001), foi utilizada para ancorar um relaxamento geral e dos músculos faciais. Consiste na criação artificial de tensão, ao cerrar firmemente o punho, mantendo essa posição por um certo tempo e ao soltar os dedos produz-se relaxamento artificialmente induzido (B.D.S.M.D., 2001). A sugestão dada foi: “à medida que aperta o seu punho, os músculos da sua face podem sentir-se relaxados” transferindo a tensão muscular da face para o punho, seguidamente libertada ao abrir a mão. Este exercício foi repetido várias vezes, utilizando ao mesmo tempo o mantra “músculos relaxados, lábios juntos, dentes afastados” O mantra, como um sinal ideomotor-ideosensorial, é útil para o auto-relaxamento no estado alerta quando combinado com a *CFT*, se dado como sugestão pós-hipnótica (B.D.S.M.D., 2001), o que também sucedeu.

A sessão foi terminada com uma técnica de progressão no tempo, a *Double Mirror*. Permite ao paciente visualizar-se no futuro, sem os sintomas negativos, guiando-o para uma predisposição no sentido de desenvolver expectativas positivas para o futuro, criando um ponto de partida para a mudança e motivando o paciente para a mesma. Yapko (2012) defende ser importante que o paciente se visualize em pelo menos três diferentes épocas no futuro, como foi efectuado. É comum a utilização de imagens de ecrãs de televisão ou cinema, máquinas do tempo ou, como neste caso, espelhos. Um dos dois espelhos representa o sujeito no presente, com a condição negativa, e o outro o paciente no futuro, após ter ultrapassado a condição. Durante a progressão da técnica o sujeito acaba por rejeitar o espelho com a condição negativa, focando-se apenas no outro.

A sessão demorou, na totalidade, cerca de 120 minutos. A paciente foi despertada do transe, com os cuidados adequados, incluindo sugestões pós-hipnóticas de “bloqueio ético”. Estas sugestões são sugestões pós-hipnóticas que visam proteger o paciente de entrar em transe, tanto em momentos inadequados, como com pessoas não adequadas, por exemplo alguém que não seja um profissional de saúde qualificado para tal. Durante a conversa pós-hipnótica, ou seja, já durante o estado normal de vigília a paciente

referiu sentir-se bem e relaxada, tendo-lhe sido entregue uma gravação da sessão. Esta gravação permitirá que a paciente repita os exercícios de hipnose mais vantajosos.

3ª Consulta. Consulta de Oclusão efectuada por um especialista. Como referido previamente, tendo em conta as características dentárias e funcionais da paciente, a intervenção específica Médico-Dentária assume grande relevância. Assim, apesar de uma aparente resposta positiva à sessão de hipnose, de acordo com a paciente, traduzida numa maior sensação de bem estar geral, foi confeccionada e entregue uma moldeira de uso nocturno. O procedimento habitual nestes casos seria a marcação de uma consulta de avaliação num futuro próximo, no entanto, a paciente, residente no estrangeiro, regressou a casa, aguardando-se o seu regresso dentro de seis meses.

Conclusão

O Bruxismo apresenta uma etiologia multifactorial, sendo comum durante o acompanhamento do caso, novas avaliações e mudanças no plano de tratamento, de acordo com as respostas que vão sendo obtidas. Através de e-mail obteve-se um feedback, de uma forma geral positivo, mas relatando ainda a permanência de alguma sintomatologia dolorosa. O caso ainda não está terminado, aguardando-se o regresso da paciente para nova avaliação e decisão sobre a abordagem a seguir, tanto Médico-Dentária específica, como com hipnose. Relativamente a esta, neste caso particular, sendo os objectivos principais o controlo de ansiedade e a alteração de hábitos, serão necessárias mais sessões. Um dos objectivos em manter contacto com a paciente foi o de obter uma clarificação sobre as alterações decorridas, nomeadamente através de um futuro preenchimento do questionário.

A multifactoriedade do Bruxismo, traduzida numa abordagem terapêutica multidisciplinar, aliada à dificuldade de obtenção de resultados objectivamente mensuráveis, possíveis com EMG (mesmo assim de difícil avaliação), dificulta uma comprovação exacta do efeito da hipnose nestes casos. O que se sabe, como já descrito em estudos anteriores, é que em determinadas situações de Bruxismo a hipnoterapia apresenta-se vantajosa. O questionário utilizado, presente em anexo, poderá ser um meio útil de avaliar essas possíveis vantagens num determinado caso.

O objectivo do caso foi divulgar a aplicabilidade de hipnose na Medicina Dentária de uma forma geral (elucidando a utilidade da técnica numa esfera bem mais abrangente do que a sua utilização mais conhecida de substituição de um anestésico farmacológico) e especificamente no tratamento de Bruxismo, incentivando o estudo e utilização desta terapia complementar. Na maioria dos estudos sobre hipnose, as técnicas utilizadas são apenas referidas, não permitindo que alguém sem conhecimento sobre a área possa realmente ter uma noção mais clara sobre a forma como determinadas alterações ou mudanças podem ser obtidas. Assim sendo, neste estudo as técnicas de hipnose utilizadas foram descritas de uma forma mais aprofundada do que a norma, tendo em vista essa clarificação.

REFERÊNCIAS

- Ahlberg, J., Savolainen, A., Rantala, M., Lindholm, H., & Kononen, M. (2004). Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: A longitudinal study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32, 307-311. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00163.x
- Ahlberg, J., Lobbezoo, F., Ahlberg, K., Manfredini, D., Hublin, C., Sinisalo, J., . . . Savolainen, A. (2013). Self-reported bruxism mirrors anxiety and stress in adult. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, 18, 7-11. doi:10.4317/medoral.18232
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders*. Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- British Society of Medical and Dental Hypnosis. (2001). In I. McIntosh (Ed), *Rostrum Compendium of Hypnotherapy*. Stirling: The Monument Press.
- Brann, L. (2012). Ego strenghtning, anchoring and re-alerting. In L. Brann, J. Owens, & A. Williamson (Eds), *The Handbook of Contemporary Clinical Hypnosis*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Burgess, T. (1952). In A. A. Moss (Ed.), *Hypnodontics, hypnosis in dentistry*. London: Henry Kimpton.
- Clarke, J., & Reynolds P. (1991). Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: A pilot study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 248-53. doi:10.1080/00029157.1991.10402942
- Elman, D. (1964). *Findings in hypnosis*. New Jersey: Pauline R Elman.
- Erickson, M., Hershman, S., & Sectar, I. (2005). *The practical application of medical and dental hypnosis*. OTC Publishing Corp.
- Ewin, D., & Eimer, B. (2005). *Ideomotor signals for rapid hypnoanalysis*. Charles C Thomas – Publish.
- Frost, T. (1959). *Hypnosis in general dental practice*. London: Henry Kimpton.
- Gershman, J. (2001). Dental anxiety disorders, phobias and hypnotizability. In G. Burrows, R. Stanley, & P. Bloom (Eds.), *International handbook of clinical hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.
- Ghafournia, M., & Tehrani, M. (2012). Relationship between bruxism and malocclusion among preschool children in Isfahan. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 6, 138-142. doi: 10.5681/joddd.2012.028
- Glazer, D. (2001). Hypnosis in dentistry. In G. Burrows, R. Stanley, & P. Bloom (Eds.), *International handbook of clinical hypnosis*. New York: John Wiley & Sons.
- Golan, P. (1989). Temporomandibular joint disease treated with hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 269-74. doi: 10.1080/00029157.1989.10402783
- Gow, M. (2008). Introducing a patient questionnaire for investigating the aethiology of bruxism. *Dentistry* 9, 74-78.
- Gow, M. (2011). Hypnosis in Dentistry. In A. Weiner (Ed), *The fearful dental patient*. (pp. 139-171). Iowa: Wiley-Blackwell.
- Hicks, R., & Conti, P. (1991). Nocturnal bruxism and selfreports of stress-related symptoms. *Perceptual & Motor Skills*, 72, 1182. doi: 10.2466/pms.1991.72.3c.1182
- LaCross, B. (1994). Understanding change: five year follow-up of brief hypnotic treatment of chronic bruxism. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 276-81. doi: 10.1080/00029157.1994.10403087
- Lavigne, G., Khoury, S., Abe, S., Yamaguchi, T., & Raphael, K. (2008). Bruxism physiology and pathology: An overview for clinicians. *Journal of Oral Rehabilitation*, 35, 476–494. doi: 10.1111/j.1365-2842.2008.01881.x

- Lobbezoo, F., Lavinge, G., Tanguay, R., & Montplaiier, J. (1997). The effect of the catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. *Movement Disorders*, 12, 73. doi: 10.1002/mds.870120113
- Lobbezoo, F., Soucy J., Montplaster, J., & Lavinge, G. (1996). Striatal D2 receptor binding in sleep bruxism: a controlled study with iodine-123-iodobenzamide, single photon emission computed tomography. *Journal of Dental Research*, 75, 1804. doi: 10.1177/00220345960750101401
- Macaluso, G., Guerra, P., Giovanni, G., Boselli, M., Parrino, L., & Terzano, M. (1998). Sleep bruxism is a disorder related to periodic arousals during sleep. *Journal of Dental Research*, 77, 565. doi: 10.1177/00220345980770040901
- Major, M., Rompre, P., Guitard, F., Tenbokum, L., O'Connor, K., Neilson, T., et al. (1999). A controlled daytime challenge of motor performance and vigilance in sleep bruxers. *Journal of Dental Research*, 78, 1754. doi: 10.1177/00220345990780111301
- Manfredini, D., & Lobbezoo, F. (2009). Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. *Journal of Orofacial Pain*, 23, 153–166.
- Manfredini, D., Landi, N., Romagnoli, M., & Bosco, M. (2004). Psychic and occlusal factors in bruxers. *Australian Dental Journal*, 49, 84–89. doi: 10.1111/j.1834-7819.2004.tb00055.x
- McCarthy, P. (2006). Hypnosis in Obstetrics and Gynecology. In L. Fredricks (Ed.), *The use of hypnosis in surgery and anesthesiology* (pp. 163 - 211). Charles C Thomas – Publisher.
- Melis, M., & Abou-Atme, Y. (2003). Prevalence of bruxism awareness in a Sardinian population. *Cranio*, 21, 144–151.
- Molina O., & dos Santos, J. (2002). Hostility in TMD/bruxism patients and controls: A clinical comparison study and preliminary results. *Cranio*, 20, 282–288.
- NHS. (2011). What are alcohol units? [Em linha]. Disponível em www.NHS.uk
- Ommeborn, A., Giraki, M., Schneider, C., Fuck, L., Handschel, J., Franz, M., Raab, W., . . . Schafer, R. (2012). Effects of sleep bruxism on functional and occlusal parameters: a prospective controlled investigation. *International Journal of Oral Science*, 4, 141–145. doi:10.1038/ijos.2012.48
- Rintakoski, K., Ahlberg, J., Hublin, C., Broms, U., Madden, F., Könönen, . . . Kaprio, J. (2010). Bruxism is associated with nicotine dependence: A nationwide finnish twin cohort study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 1254–1260. doi: 10.1093/ntr/ntq190
- Rossi, E., & Rossi, K. (2006). The neuroscience of observing consciousness & mirror neurons in therapeutic hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48, 263 – 278. doi: 10.1080/00029157.2006.10401533
- Shetty, S., Pitti, V., Babu, C., Kumar, G., & Deepthi, B. (2010). Bruxism: A literature review. *Journal of Indian Prosthodontic Society*, 10, 141–148. doi: 10.1007/s13191-011-0041-5
- Simons, D., Potter, C., & Temple, G. (2007). *Hypnosis and communication in dental practice*. New Malden, Surrey: Quintessence International Publishing.
- Somer, E. (1991). Hypnotherapy in the treatment of chronic nocturnal use of a dental splint prescribed for bruxism. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 145-154.
- Sutin, A., Terracciano, A., Ferrucci, F., & Costa Jr, P. (2010). Teeth grinding: Is emotional stability related to bruxism? *Journal of Research in Personality*, 44, 402–405. doi:10.1016/j.jrp.2010.03.006

- Thorpy, M. J. (1990). Parasomnias. In M. Thorpy (Ed.), *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual*. Rochester: Allen Press.
- Wolberg, L. (1952). In Moss, A. (Ed.), *Hypnodontics or hypnosis in dentistry*. London: Henry Kimpton.
- Yapko, M. (2012). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. London: Routledge.

Anexos



BRUXISM QUESTIONNAIRE – M.A.GOW ©

- 1) Were you aware that you had 'bruxism' before it was diagnosed?
- 2) Please specify if you clench, grind or do both?
- 3) At what age do you think it may have started?
- 4) Why do you think it may have started?
- 5) Is there anything which makes it worse?
- 6) Is there anything that you think makes it better?
- 7) Are you ever aware of that you are, or have been, grinding or clenching your teeth?
 - i) If so, when was the last time you were aware of this?
 - ii) Does it tend to be when you are awake or asleep?
- 8) Has anyone ever heard you grinding your teeth?
 - i) If so, when were you most recently told this?
 - ii) Was this when you were awake or asleep?
- 9) Do you feel that your teeth are wearing down?
 - i) If so, when did you first notice this?
 - ii) Are you concerned about how this may affect the appearance of your teeth?
- 10) Are you, or have you ever been aware of:
 - a) A ridged appearance along the inside of your cheek(s) relating to where the teeth meet?
 - b) A 'scalloped', 'indented' or 'faceted' appearance along the side(s) of your tongue?
 - c) An enlargement of your 'jaw' muscles?
 - d) A decrease in the 'height' of your face?
- 11) Do you or have you ever had a problem with:
 - a) Jaw stiffness or pain
 - b) Jaw muscle pain when waking
 - c) Jaw clicking
 - d) Jaw locking
 - e) Tension headache
 - f) Migraine
 - g) Sensitive teeth
 - h) Mobile teeth
 - i) Teeth fracturing
 - j) Ear ache
 - k) Other pains from the neck, shoulders, head, back, throat etc
 - l) Tinnitus
 - m) Other symptom(s) which you think may be relevant (detail)
- 12) Does it affect your life in any other way?
- 13) Do you feel that your teeth meet properly when you bite?
 - i) If not, please explain.
- 14) Did you have braces when you were younger?
 - i) If so, were your braces fixed or removable?
 - ii) Between what ages did you have braces?
- 15) Regarding your sleep:

- i) What time do you usually go to bed?
- ii) When do you usually fall asleep?
- iii) Do you have trouble falling asleep (and if so, why do you think this is the case?)
- iv) What time do you usually get up?
- v) Do you find it difficult to get up?
- vi) Do you have disturbed sleep or a sleep disorder e.g. insomnia, apnoea, etc?
- vii) Are you aware of rapidly waking from sleep?
- viii) Are you often able to remember dreams that you have had?
- 16) Do you smoke?
 - i) If yes: Are they high/medium/low tar?
 - ii) How many do you smoke per day?
 - iii) At what age did you start?
- 17) Do you drink alcohol?
 - i) If yes: How many drinks do you have per week on average of the following: a) Glasses of wine b) Measures of spirits c) Pints of lager/beer/cider d) Other (detail)
- 18) Do you use any recreational drugs? (e.g. 'E'/cannabis/amphetamines/'jellies'/cocaine etc).
- 19) On average how many cups per day do you drink of caffeinated a) tea b) coffee c) or cans of any other drink containing caffeine (eg fizzy drinks, energy drinks, etc).
- 20) List all medications and drugs (prescribed and bought) that you are currently taking.
- 21) Have you ever or are you currently taking antidepressants or antipsychotics?
 - i) If so, please name the medication?
- 22) Have you ever or are you currently taking benzodiazepine medication (e.g. diazepam, etc)?
 - i) If so, please name the medication?
- 23) Have you ever or are you currently taking any other medication, drug or remedy to help you sleep?
 - i) If so, please the name of the medication, drug or remedy.
- 24) Do you have any allergies? .
- 25) Do you have diabetes?
 - i) Does anyone in your family?
- 26) Have you ever been diagnosed with any nutritional deficiency?
- 27) Do you eat a lot of fast food, red meat, or food with high saturated fat or refined sugar content?
- 28) Does anyone else in your family grind or clench their teeth?
- 29) Do you think that stress could be a factor in your bruxism?
- 30) Do you feel that you get stressed easily?
- 31) What makes you stressed?
- 32) Do you have any other habits? (e.g. nail/cheek/lip/pen biting, etc.)
- 33) Do you ever feel restless e.g fidgeting, leg swaying etc.
- 34) Do you use chewing gum?
 - i) If so, how many hours per day do you chew?
- 35) Do you take part in any sports or activities (eg rugby, martial arts, scuba diving, weight-lifting, boxing etc)
- 36) Do you notice that you clench or grind your teeth more while driving, concentrating, or at any other particular time?
- 37) Do you have any history of mental or psychiatric illness?
- 38) Have you ever been diagnosed of a mood disorder?

39) Have you had previous treatment(s) for this problem? (eg mouthguard/splint, medication etc)

i) If you have had a mouthguard or splint:

- a) Was it hard or soft?
- b) Did it cover your upper or lower teeth?
- c) Was it an NTi?

ii) If you had medication:

- a) What was the name of the medication(s)?
- b) When did you start taking it?
- c) Are you still taking it?

iii) Has any previous treatment been beneficial?

- a) Why do you think that was?

40) Do you believe that it is possible for you to cease the habit now? Why do you think this?

41) Is there anything else which you think may be relevant to mention?

EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES DIANTE DE UM DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL NO BRASIL

Simone da Nóbrega Tomaz Moreira ✉ 1, Melina Séfora Souza Rebouças 2, Gabriella Lúcio Calazans Duarte 3, Mônica Cristina Carvalho Lima de Lucena 3 e Reginaldo A. de Oliveira Freitas Júnior 4

1-Departamento de Medicina Clínica UFRN, Natal, Brasil; 2-Pós-graduação em Psicologia UFRN, Natal, Brasil, 3- Curso de Medicina UFRN, Natal, Brasil, 4- Departamento de Tocoginecologia UFRN, Natal, Brasil

A gravidez, por si só, propicia mudanças físicas e psicológicas na mulher, podendo deixá-la mais vulnerável à manifestação de sintomas psicológicos (Maldonado, 1997; Sarmiento & Setúbal, 2003). Estudos apontam que existe uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que influencia o estado emocional da mulher grávida tendo em vista que este é um momento de adaptação da mulher a um novo papel, o que irá trazer mudanças significativas em sua vida. Sua nova condição pode gerar sentimentos bastante conflituosos, como felicidade, medo, ansiedade, angústia, entre outros (Hoher & Wagner, 2006; Machado, 2012).

Nesta fase da vida, aspectos psicossociais, como: significado atribuído ao fato de estar grávida, qualidade dos vínculos afetivos, estabilidade financeira são alguns fatores que devem ser considerados para uma melhor compreensão da mulher grávida de forma integral. Sabe-se, portanto, que o diagnóstico de anormalidade fetal aumenta significativamente a vulnerabilidade da mulher à manifestação dos sintomas psicológicos, o que faz necessário uma maior compreensão e atenção por parte dos profissionais de saúde (Sarmiento & Setúbal, 2003).

O momento da comunicação do diagnóstico de malformação fetal pode ser vivido pela mulher como um dos eventos mais traumáticos da vida, podendo acarretar uma crise existencial, tendo como consequência, um vínculo mãe-bebê insatisfatório (Faisal-Cury & Tedesco, 2005). A maternidade por si só, como falado anteriormente, é um evento que provoca muitos sentimentos conflituosos e o diagnóstico de malformação fetal potencializa esses sentimentos, tornando a vivência da maternidade muito traumática e emocionalmente dolorosa (Gomes & Piccinini, 2010; Machado, 2012).

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades da mulher para que ela possa ser assistida nos seus aspectos biopsicossociais. Não se pode estabelecer um padrão de atendimento, pois cada mulher reage a situação vivida de uma forma única e específica, de modo que os processos de significação estarão de acordo com a sua personalidade, apoio social recebido, história e momento de vida. De acordo com Machado (2012), quanto mais informados pela

✉ - Simone da Nóbrega Tomaz Moreira, Departamento de Medicina Clínica/UFRN, Av. Nilo Peçanha, 620 Petrópolis, Natal/RN CEP: 59012-300, e-mail: simonetomaz@hotmail.com

equipe de saúde os pais são a respeito do diagnóstico e a suas possíveis causas, bem como do prognóstico, menos impacto este terá na vida dos mesmos, tendo em vista a maior compressão da situação e a minimização das suas fantasias.

A notícia do diagnóstico de malformação fetal provoca uma ruptura no processo “normal” da gestação, a maioria das mulheres frente a esse diagnóstico apresenta sentimentos ambivalentes, na medida em que ela sente a criança viva em seu útero, porém sabe que está diante de algumas possibilidades, como: o bebê poderá falecer durante a gestação, não sobreviver após o nascimento e ainda sobreviver, mas não ter uma vida dita “normal”, ou seja, apresentar necessidades especiais. Além disso, elas poderão estar diante de situações em que necessitem tomar decisões, o que na maioria dos casos, implica em conflitos de valores, trazendo grande sofrimento psicológico. Por exemplo, em situações de anencefalia, de acordo com a legislação brasileira, a mulher poderá fazer a escolha de interromper a gravidez, sem a necessidade de autorização judicial. Em casos de outras malformações é possível mediante a comprovação da mulher de que o feto é incompatível com a vida, pedir autorização judicial para a interrupção seletiva da gestação (Consonni & Petean, 2013).

Diante dessas possibilidades torna-se difícil para a mãe investir afetivamente no seu filho. De uma forma geral, a mulher grávida espera um bebê perfeito, que corresponda aos seus desejos e sonhos. Assim, quando o bebê apresenta alguma anormalidade, ocorre a “perda” de um grande sonho, sendo necessário que os pais abram mão da idealização para que consigam se relacionar e aceitar o filho “real” (Vasconcelos & Petean, 2009). Esse processo, para algumas mulheres, não é tão simples e demanda tempo.

Diante disso, acredita-se que a assistência pré-natal deva incluir as dimensões psicossociais da mulher, buscando entendê-la no contexto em que vivem, agem e reagem (Silva & Siqueira, 2007), pois existem evidências de que o estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em consequência, no desenvolvimento afetivo da criança (Bowlby, 2006; Schwengber & Piccinini, 2004). Nesse sentido, faz-se de grande importância ajudar a mulher a elaborar essa experiência, de modo que esta possa se relacionar de maneira saudável com o seu bebê, buscando valorizar neste as suas possibilidades e potencialidades, apesar das limitações decorrentes da malformação (Gomes & Piccinini, 2010).

Assim, abordar os aspectos psicológicos da mulher que espera um filho mal formado visa à prevenção, o alívio e a elaboração psíquica dos problemas mais emergentes. Diante disso, este trabalho se propõe a compreender a experiência das mulheres diante do diagnóstico de malformação fetal, de modo a contribuir para um modelo de assistência humanizado e integral.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, descritiva e analítica fundamentado no método Fenomenológico, que objetiva alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência vivida significa para as pessoas, de modo a compreender as *essências* ou estruturas das experiências (Holanda, 2006). Segundo a perspectiva fenomenológica, pessoa e mundo não são entidades separadas, existem em correlação e nesse sentido um objeto é sempre objeto para uma consciência, isto é, a consciência é intencional, ela não existe por si mesma, mas sempre em relação a um mundo de significados (Forghieri, 2004).

Dessa forma, o método fenomenológico enfoca a experiência cotidiana imediata que se revela a partir da intersubjetividade (pesquisador-participante). Por isso, o pesquisador é um facilitador dessa experiência, na medida em que se encontra disponível para escutar e acolher a pessoa, possibilitando, dessa forma, que o vivido possa ser acessado, pois a medida que a pessoa fala da sua experiência, ela constrói significados, elaborando vivências e experiências (Holanda, 2003).

Participantes

Este estudo compreendeu sete mulheres grávidas com o diagnóstico de malformação fetal, tendo sido realizadas entrevistas em profundidade com o auxílio de um roteiro semi-estruturado. As participantes foram escolhidas de forma proposital aos objetivos do estudo, tendo sido adotado como critério de definição da amostra, a técnica de saturação (Fontanella, Ricas & Turato, 2008). Dessa forma, o pesquisador se propôs a trazer à tona a experiência vivida, de modo a desencadear um discurso sobre a vivência da mulher grávida com o diagnóstico de malformação fetal.

Procedimento

As participantes foram informadas detalhadamente sobre o propósito da pesquisa e após a concordância em participar deste estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN (protocolo nº175/ 10). As entrevistas foram realizadas na Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC), unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Neste local, foi disponibilizada aos pesquisadores da pesquisa, uma sala privada, sem ruídos, onde as mulheres se sentiram seguras e confortáveis para compartilhar as experiências advindas da situação vivida.

As mulheres foram informadas sobre a presente pesquisa e convidadas a participar pelo Médico Ultrassonografista. Após a concordância em participar, elas foram encaminhadas para a Psicóloga, a fim de que a entrevista em profundidade fosse agendada de acordo com a possibilidade da mulher. Neste encontro, a mulher teve a oportunidade de falar abertamente sobre a situação vivida, significando/ressignificando sua experiência. O grupo foi caracterizado a partir de uma “ficha de identificação”, que incluiu questões referentes à idade, naturalidade, profissão, religião, grau de instrução, renda mensal, estado civil, tempo de casada na relação atual, número de filhos. Além disso, buscou-se conhecer a história da gravidez, como também o diagnóstico da má formação, através de uma ficha de avaliação obstétrica.

RESULTADOS

Os dados obtidos foram analisados por meio do método fenomenológico, que busca o sentido da experiência, isto é, o significado que uma determinada experiência tem para a pessoa. Diferente das pesquisas empíricas tradicionais, este tipo de pesquisa não procura verificar, mas compreender o fenômeno. A pesquisa fenomenológica parte da própria experiência vivida e não em fatos a serem inferidos ou em interpretações do discurso (Amatuzzi, 2003).

As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando as pausas e nuances, de modo a facilitar o acesso à experiência. Para o sigilo da identidade das mulheres foi adotado o código M, relativo a mulher, seguido da numeração crescente conforme desenvolvimento das entrevistas. Após isso, foram realizadas leituras extenuantes sobre o material produzido com a intenção de apreender as unidades de significado, por meio da redução fenomenológica. Essas unidades não se encontram prontas nos relatos, é um esforço do pesquisador de captar os sentidos atribuídos pela pessoa à sua vivência. Encontradas as unidades de significado partiu-se para o diálogo destas com o referencial

teórico e com a literatura sobre o tema de modo a desvelar os sentidos do fenômeno estudado (Amatuzzi, 2003; Bruns & Trindade, 2003; Holanda, 2003).

O encontro com as mulheres que apresentaram diagnóstico de malformação fetal, através da abordagem fenomenológica, possibilitou uma melhor compreensão dos fenômenos inerentes a essa realidade. Das mulheres entrevistadas, apenas uma não planejou a gravidez, mas após saber que estava grávida, sentiu-se extremamente feliz e realizada. As demais não apenas desejavam a gravidez, mas também sonhavam com o momento em que iam ver seu filho pela primeira vez, conforme se constata no discurso a seguir:

“Desde o dia em que soube que estava grávida não paro de pensar no meu bebê. Com quem vai parecer, se será menina ou menino, não vejo a hora de coloca-lo nos braços...” (M5)

No entanto, após a comunicação da notícia de que o bebê apresentava malformação, o contexto de alegria e satisfação foi abruptamente substituído por tristeza e incerteza. Os discursos das mulheres entrevistadas revelaram que o fato de saberem que vão ter um filho malformado ou mesmo que não vão chegar a tê-lo, deixam-nas inseguras e angustiadas, como se observa no discurso a seguir:

“Eu fui fazer o ultrassom extremamente feliz e, de repente, eu saio desnorreada, sem saber nem o que pensar, pois o meu bebê não tem os rins. E agora?? chora muito (M1)

Machado (2012) afirma que as mulheres ao receberam o diagnóstico de malformação fetal entram em um processo de crise que envolve muitos sentimentos e intenso sofrimento. Diante disso, acredita-se que o médico é a pessoa ideal para comunicar tal notícia, pelo fato de que é o profissional capacitado para responder as dúvidas inerentes à patologia, conforme se observa a seguir:

“Aí a assistente social disse que o bebê não ia sobreviver. Mas, como é que ela sabe? Nem o médico disse isso... Eu acho que ele vai sobreviver, não sei como isso pôde ter acontecido” (M4)

No entanto, Turini et al. (2008) afirmam que comunicar más notícias ao paciente pode causar muito estresse nos médicos, que muitas vezes, tentam evitar esta tarefa, transferindo para o psicólogo, assistente social ou enfermeiro, a sua responsabilidade. Além disso, essa tarefa necessita de técnicas e habilidades, que deveriam ser ensinadas e desenvolvidas na formação profissional do médico. Mas, sabe-se que a maioria dos Cursos de Medicina não contempla o ensino da comunicação de más notícias na sua grade curricular, levando o médico a desenvolver seu próprio método sem nenhum preparo ou experiência prévia, o que nem sempre é o mais eficaz. Sabe-se que a comunicação de más notícias precisa estar dentro do contexto da relação médico-paciente, onde exista confiança, respeito e atenção ao paciente, num ambiente onde este possa se sentir amparado, mesmo diante de toda a sua vulnerabilidade. Quando isso não acontece, as pacientes se sentem extremamente inseguras, o que interfere negativamente na sua adesão ao tratamento (Leal, 2003), como também no seu bem-estar e saúde mental.

Em estudo realizado por Gomes e Piccinini (2007), os profissionais de saúde não são preparados para comunicar a notícia da malformação fetal, demonstrando falta de habilidades tanto para informar correta e detalhadamente sobre o diagnóstico, quanto para acolher os sentimentos emergentes da situação. Pois, o momento da comunicação quase sempre vem repleto de emoção, o que interfere, inclusive, no entendimento da mulher sobre a real situação, conforme o discurso a seguir:

“A primeira ultra que fiz, a médica me disse que era um menino e que ele tinha má-formação no crânio, mas ela não especificou qual era a doença. Naquele

momento, foi o pior dia da minha vida, porque eu imaginei mil e uma coisas, mil e outras doenças, que poderia ser hidrocefalia, má formação no rosto. Eu saí de lá chorando, que eu tinha ido só naquele dia, não sei nem como atravessei na rua. Saí desesperada”. (M2)

Uma pesquisa realizada por Antunes e Patrocínio (2007) acrescenta que quanto mais cedo o diagnóstico de malformação fetal for comunicado aos pais e quanto mais informados eles estiverem a respeito da patologia do seu filho, mais conscientes e preparados emocionalmente para enfrentar a situação.

“Pensei mil coisas ao mesmo tempo. Pensei que ela seria discriminada ao nascer, que a gente não ia superar isso. Mas depois fui vendo que talvez tenha solução. Recebi muito apoio da família e descobri que vou ser feliz com a minha filha, independente de como ela seja” (M 3)

Percebe-se que o processo de assimilação da nova realidade pode ser sofrido e conflituoso, pelo fato dos sentimentos terem oscilado no decorrer do processo, variando do medo para a esperança. Mas, foram relatados também sentimentos de culpa, raiva, tristeza e desamparo, conforme se observa nos relatos a seguir:

“Fiquei arrependida porque engravidei. Me perguntava: por que eu não fiquei só com minha primeira filha? Eu não sabia ao certo o que era, por isso fiquei assim tão nervosa, ansiosa, preocupada” (M 2)

“Ainda está muito difícil, não sei o que fazer. O pior é que estou me sentindo culpada, podia ter esperado mais para querer ter um filho. Estou muito triste, muito mesmo” (M 7)

Estudos como os de Gomes e Piccinini (2010), Hoeher e Wagner (2006) e Machado (2012) afirmam que tais sentimentos são comuns diante do diagnóstico de malformação, tendo em vista a grande decepção e o choque da notícia, podendo provocar muitas vezes um desequilíbrio emocional nas mulheres. A gravidez, quando desejada, é vivenciada pela mulher com alegria e muitas expectativas, idealiza-se o bebê que está por vir e, diante disso, nunca se espera que algo de errado possa acontecer. Tal fato torna o impacto desse diagnóstico muito doloroso, pois a mulher grávida não está preparada para a possibilidade de um aborto espontâneo, para a morte intra e extra uterina e nem para conceber um filho que apresente algum tipo de anormalidade. Por isso, os processos de significação da situação é sofrido, fazendo-se necessário, portanto, ajudar essa mãe a elaborar o luto da perda do filho idealizado e encontrar um novo sentido para a essa experiência (Consonni & Petean, 2013).

A ultrassonografia permite que o diagnóstico de malformação fetal seja descoberto de forma prematura, podendo interferir, positiva ou negativamente, no vínculo mãe-bebê. Por isso que a forma como o diagnóstico é comunicado precisa ser valorizado, pois interfere diretamente na qualidade do vínculo. Em relação ao apego da mãe com o bebê, as entrevistadas sinalizaram que o exame de ultrassonografia favoreceu o vínculo mãe-bebê, na medida em que expressaram características do bebê, de modo que a mãe passou a visualizar seu filho como alguém real, criando expectativas e consolidando a relação estabelecida, conforme se observa nos discursos a seguir:

“quando fiz o ultrassom e soube que o meu bebê apresentava problemas, foi horrível, chorei muito. Mas depois, no outro ultrassom, vi que o bebê estava sentado, ali eu já fiquei imaginando que era o meu bebê...” (M 1)

Apesar de todo o sofrimento que a situação causa, podendo inclusive, levar a mãe a rejeitar o seu bebê, Gomes e Piccinini (2007) comentam que, em seu estudo, a relação mãe-bebê se intensificou após o diagnóstico da anormalidade fetal, impelindo-a a uma superproteção ao bebê, pois sabiam que se estes viessem a nascer iriam necessitar de cuidados especiais. Mas, geralmente a aceitação à nova realidade requer tempo, sendo

necessário o apoio familiar e social. Além disso, muitas vezes, essa mulher necessita de apoio profissional para que possa falar abertamente dos seus sentimentos, sem se sentir julgada, conforme se observa os discursos abaixo:

“Quando soube que poderia ter um filho anormal, fiquei desesperada, quis acabar logo com isso, queria abortar. Queria tirar da minha barriga, para que o problema acabasse...Mas, depois que conversei com uma Psicóloga, vi que eu não era tão mau...” (M 6)

“O sofrimento é muito grande, a primeira coisa que me veio foi: ‘o que eu fiz para merecer isso?’, acho que sou culpada, Deus me castigou...” (M 7)

Nesse sentido, a mulher precisa expressar seus sentimentos para que consiga entender o contexto que a circunda. Neste processo, a ultrassonografia era vista como um momento para acompanhar o estado de saúde do seu bebê, sempre com a esperança de que mudanças no quadro clínico pudessem acontecer, conforme o relato a seguir:

“No dia antes da ultrassonografia, eu não durmo, fico pensando no que poderá acontecer, fico muito ansiosa, muito mesmo” (M 6).

“Será que quando for fazer outro exame, vai estar tudo bem? Tenho fé em Deus que isso tudo foi um grande susto, vai estar tudo normal” (M 3)

Diante disso, acredita-se que a aceitação da realidade requer um tempo, sendo importante que a verdade seja dita sempre, pois mesmo que difícil, o diagnóstico real irá permitir a mulher construir e/ou reconstruir planos de vida. Acrescido a isso, já existe o vínculo mãe-bebe antes mesmo do nascimento, sendo necessário que esses aspectos sejam valorizados pela equipe de saúde, visando à incorporação de uma assistência humanizada e integral, conforme sugere Fonseca, Magalhães, Papich, Dias, e Schmidt (2000).

No que se refere à assistência prestada à mulher, pôde-se observar que, apesar do atendimento recebido, elas se sentiam desamparadas e inseguras, conforme se observa na fala abaixo:

“Eu não sei se meu filho vai sobreviver, sem ele não vai poder viver, estou com medo do que poderá acontecer com ele e comigo também” (M 1)

“Como eu vou poder cuidar dele, como eu vou conseguir, eu tenho outros filhos, como vai ser minha vida?” (M 4)

Diante das incertezas que a situação provoca, faz-se necessário conhecer a realidade situacional da mulher, a fim de reconhecer possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicológica, como também identificar pessoas significativas que possam oferecer apoio neste momento da sua vida. Assim, acredita-se que o atendimento integral e humanizado precisa contemplar todos os aspectos inerentes a essa realidade, pois não basta comunicar, precisa acolher sentimentos e temores, ajudando-as a um bom entendimento do diagnóstico e do conhecimento das possíveis possibilidades diante desse diagnóstico.

Nesse momento a mulher precisa de muito apoio e orientação e os profissionais precisam estar preparados para todos os tipos de reações que possam advir após a notícia da malformação, tomando cuidado para não intensificá-los. É preciso ter sensibilidade para identificar o momento mais adequado para dar as principais informações sobre o diagnóstico, pois muitas vezes no impacto da notícia, a mulher não está aberta para ouvir o que o profissional tem a dizer e cabe a este esperar e respeitar esse momento (Hoher & Wagner, 2006).

DISCUSSÃO

A partir dos discursos das entrevistadas, pôde-se observar que o momento da comunicação do diagnóstico de malformação fetal é crucial para que as mulheres possam significar suas vivências, no entanto, elas não se sentem assistidas nos aspectos psicológicos, quando sentimentos ambivalentes emergem. Diante disso, acredita-se que a temática da *Comunicação da má notícia* deve ser inserida na formação médica, a fim de que esses profissionais se sintam mais preparados não apenas para comunicar, mas também para assisti-las de forma integral, acolhendo sentimentos e temores.

Ficou evidente nesse estudo que os profissionais de saúde são formados para lidar somente com os procedimentos técnicos, preocupando-se mais com a eficácia e eficiência desses procedimentos do que com a qualidade do atendimento prestado. Na priorização da quantidade ao invés da qualidade do atendimento, não há tempo para ouvir a paciente e esclarecer as suas dúvidas.

É importante que os profissionais de saúde em contato com essa mulher tenha consciência de que elas estão vivendo um dos momentos mais difíceis das suas vidas. A forma como expressam sentimentos e como lidam com a situação é variável de acordo com sua singularidade e história de vida, e isso precisa ser levado em consideração de modo que o atendimento seja individualizado, isto é, voltado para as necessidades de cada mulher. Nesse momento as mulheres procuram os profissionais de saúde para tirar suas dúvidas, entender as causas do problema, como também saber da possibilidade de um prognóstico positivo em relação ao bebê. Por isso a importância dos profissionais de saúde de se mostrarem disponíveis para oferecer essas informações e acolher essas mães.

Após a realização da presente pesquisa, pôde-se obter uma melhor compreensão dos conflitos que emergem da situação, ficando evidente a importância do apoio psicológico para essas mulheres. Diante disso, foi elaborado um projeto de extensão, cujo objetivo foi oferecer um espaço, formal e protegido, de escuta e compreensão às questões emocionais da mulher grávida frente à possibilidade de ser mãe de um filho malformado. Nesse espaço as mulheres puderam falar abertamente sobre os seus sentimentos frente ao diagnóstico recebido, tendo sido um momento de acolhimento do seu sofrimento.

Em consonância com os resultados desta pesquisa, as mulheres assistidas pelo referido projeto de extensão trouxeram muitos conflitos após receber o diagnóstico de malformação, relatavam não saber mais como se relacionar com o seu bebê, havia o medo de investir afetivamente na criança e ela vir a falecer durante ou após a gestação. Também falavam da necessidade de conversar com a família sobre seus medos, dúvidas e angústias, mas que estes costumavam negar a situação afirmando que o bebê iria ficar bem. Algumas relataram sofrer quando as pessoas perguntavam sobre o seu bebê, pois não queriam ser discriminadas. Muitas falaram sobre as dúvidas de interromper ou levar a gravidez adiante, o que trazia uma crise de valores morais e religiosos. Nessa escuta foi percebida a carência que essas pacientes demonstravam diante de nós. A vulnerabilidade nítida e a entrega absoluta de sua história ainda no primeiro contato revelaram a necessidade de um suporte emocional extra no seu acompanhamento durante e após a gestação.

Diante de tanto sofrimento e conflito mostra-se de grande importância oferecer a essas mulheres uma escuta psicológica após a notícia do diagnóstico de malformação ajudando-as na elaboração e ressignificação dessa experiência, como também faz-se necessário que toda a equipe de saúde esteja preparada para acolher e apoiar a mulher diante do diagnóstico de malformação fetal, ajudando-a nos processos de significação, tão importantes para a saúde mental dessa mulher.

REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M. M. (2003). Pesquisa fenomenológica em psicologia. In M.A.T. Bruns, & A.F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica. Reflexões e Perspectivas* (pp. 15-22). São Paulo: Omega
- Antunes, M. S. C., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebê: vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 239-252.
- Bowlby J. (2006). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bruns, M. A. T., & Trindade, E. (2003). Metodologia fenomenológica: A contribuição hermenêutica da ontologia-hermeneutica de Martin Heidegger. In M.A.T. Bruns, & A.F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica. Reflexões e Perspectivas* (pp. 67-80). São Paulo: Omega.
- Consonni, E. B., & Petean, E. B. L. (2013). Perda e luto: Vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2663-2670. doi: 10.1590/S1413-81232013000900021
- Faisal-Cury, A., & Tedesco, J. J. A. (2005). Características psicológicas da primigestação. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 10, 383-91. doi: 10.1590/S1413-73722005000300006
- Fonseca, M., Magalhães, J., Papich, H., Dias, R., & Schmidt, A. (2000). Ultrasonografia em obstetrícia: explorando um novo mundo. In N. Caron (Org.), *A relação pais-bebê: Da observação à clínica* (pp.97-118). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
- Forghieri, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2007). Impressões e sentimentos das gestantes sobre ultrassonografia e suas implicações para a relação materno-fetal no contexto da anormalidade fetal. *Psico*, 38, 67-76.
- Gomes, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: Aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica, Rio de Janeiro*, 22, 15-38. doi: 10.1590/S0103-56652010000100002
- Hoher, S. P., & Wagner, A. D. L. (2006). A transmissão do diagnóstico e de orientações a pais de crianças como necessidades especiais: a questão da formação profissional. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 23, 113-125. doi: 10.1590/S0103-166X2006000200002
- Holanda, A. (2006). Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3, 363-372.
- Holanda, A. F. (2003). Pesquisa fenomenológica e Psicologia Eidética: elementos para um entendimento metodológico. In M.A.T. Bruns, & A.F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e Pesquisa Fenomenológica. Reflexões e Perspectivas* (pp. 41-63). São Paulo: Omega.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 40-43.
- Machado, M. E. C. (2012). Casais que recebem um diagnóstico de malformação fetal no pré-natal: uma reflexão sobre a atuação do psicólogo hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 15, 86-95.

- Sarmiento, R., & Setúbal, M. S. V. (2003). Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Revista de Ciências Médicas*, 12, 261-268.
- Schwengber, D. D. S., & Piccinini, C. A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 20, 233-240. doi: 10.1590/S0102-37722004000300004
- Silva, A.V. R., & Siqueira, A. A. F. (2007). O valor do suporte à parturiente: Um estudo da relação interpessoal no contexto de um centro de parto normal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 17, 126-135.
- Turini, B., Martins Neto, D., Tavares, M. S., Nunes, S. O. V., Silva, V. L. M., & Thomson, Z. (2008). Comunicação no ensino médico: estruturação, experiência e desafios em novos currículos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32, 264-270. doi: 10.1590/S0100-55022008000200015
- Vasconcelos, L., & Petean, E. B. L. (2009). O Impacto da malformação fetal: indicadores afetivos e estratégias de enfrentamento das gestantes. *Psicologia Saúde e Doenças*, 10, 69-82.

A SATISFAÇÃO CONJUGAL DOS CASAIS E A MENOPAUSA

Maria Helena Presado  1,2 e Natália Ramos²

1-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Departamento de Enfermagem de Saúde Materna, Lisboa, Portugal; 2- Universidade Aberta de Lisboa (UAb), Lisboa, Portugal

A relação de conjugalidade é, para a maioria dos homens e das mulheres, a relação mais íntima que voluntariamente estabelecem e parece ser um espaço privilegiado para satisfazer as necessidades de afeto, companhia, lealdade e, intimidade emocional e sexual. A menopausa, sendo um fenómeno normal no percurso vital da mulher, não deixa de ser também um período crítico do seu desenvolvimento pessoal e social onde múltiplas são as necessidades de adaptação tendo em conta as alterações físicas, psico-afectivas e sócio-culturais inerentes a este processo de transição.

A menopausa orgânica pode ocorrer entre os 35 e os 60 anos de idade, sendo que 25% das mulheres têm a menopausa antes dos 45 anos, 50% entre os 45 e os 50 anos e 25% depois dos 50 anos (Phipps *et al.*, 2003). A menopausa, insere-se no climatério, que é um processo de transição entre os períodos reprodutivo e não reprodutivo da vida da mulher (Bastos, 2003; Mori & Coelho, 2004; Pinotti & Barros, 2004; Correia, 2009), onde as menstruações tendem a ser cada vez mais espaçadas e menos abundantes decorrentes do decréscimo do nível de estrogénio no organismo da mulher. Frequentemente, decorrente das variações ocorridas nos sistemas nervoso, circulatório, endócrino e urinário (Candella *et al.*, 1995) encontram-se sinais e sintomas (Phipps *et al.*, 2003) que caracterizam a chamada Síndrome Climatérica (Merighi & Gonçalves, 2007) e que podem influenciar o relacionamento conjugal e a qualidade de vida.

As repercussões no relacionamento do casal, implicam que ambos façam ajustamentos, a todos os níveis, no sentido de manter e/ou melhorar a qualidade de vida que desfrutavam. O amor e o afecto são a primeira condição de intimidade e, as relações de intimidade são marcadas por um desejo mútuo de conhecer o parceiro e de se dar a conhecer. Não existe intimidade sem comportamentos interpessoais, onde devem estar presentes qualidades no desenvolvimento da relação como sejam: a confiança, honestidade, respeito, compromisso, segurança, apoio, generosidade, lealdade, mutualidade, estabilidade, compreensão e aceitação.

O amor e o casamento parecem ser uma fonte de felicidade individual. O amor, embora possa ser vivenciado de forma diferente ao longo da relação conjugal, determina a duração da relação (Torres, 2000). O amor é um conjunto de sentimentos conscientes por um outro (Narciso, 2001), com um outro e por um “nós” em construção, sendo a paixão, a intimidade e o compromisso os seus componentes principais (Narciso & Ribeiro, 2009). O amor e a paixão são preditores de um casamento saudável,

 - Maria Helena de Carvalho Valente Presado, R. Calçadinha da Damaia, nº 13, 4º esq. 2720-155 Amadora, Portugal, e-mail – mhpresado@esel.pt; hpresado@hotmail.com

concomitantemente com sentimentos de carinho, confiança e afecto físico (Narciso, 2002; Moore et al., 2004). O Amor em construção, antevê que à medida que a idade e o tempo de casamento aumentam, o romantismo da relação inicial tende a evoluir para o companheirismo e solidariedade (Torres, 2000).

Os sentimentos de amor são vivenciados com grande intensidade e de forma transitória. O início das relações está associado ao namoro e à paixão, a maior parte das vezes evolui para relações mais estáveis, maduras e duradouras onde o amor corresponde a um prolongamento e fortalecimento do gostar, sendo o processo de comunicação imprescindível para manter a “*chama acesa*” do amor. A comunicação entre os membros do casal é determinante para a promoção e manutenção do bem-estar conjugal e é influenciado pela comunicação verbal e não-verbal (Amaro, 2006). A comunicação é fundamental na qualidade das relações e contribui para a satisfação e estabilidade conjugal, através de duas funções essenciais. Por um lado a expressão de sentimentos de amor e da intimidade física e psicológica, e por outro, a resolução das dificuldades inerentes à partilha da vida quotidiana. O viver conjugal é pleno de alterações entre os momentos de afetividade positiva e negativa. As relações não são estáticas, unitárias e imutáveis.

A qualidade conjugal poderá ser definida como o desempenho na e da relação. Se atendermos a que o termo satisfação tem origem em *facere satis* que significa *fazer o bastante*, poderemos compreender a forte componente avaliativa, subjectiva e pessoal subjacente a este conceito. A satisfação resulta de uma avaliação pessoal do casamento, permitindo unicamente a sua análise a partir do ponto de vista dos cônjuges. Neste sentido, o casal sentirá maior ou menor satisfação ao avaliar a qualidade do seu casamento, o nível de satisfação irá influenciar a qualidade que por sua vez, irá influenciar a satisfação, estabelecendo-se um ciclo. É importante perceber a satisfação como crucial para o bem-estar, uma vez que reflete uma avaliação sobretudo positiva do outro e da relação. A satisfação conjugal, parece contribuir mais para o bem-estar pessoal do que o sucesso profissional, a religião ou os bens materiais e financeiros em conjunto.

A maior parte dos autores que estuda a conjugalidade considera que a intimidade é um aspeto vital nas relações amorosas, verificando-se diferenças de género, principalmente no que diz respeito à expressão emocional, pois as mulheres, são sobretudo orientadas pelos afetos. As questões de género influenciam o percurso individual e a vivência da conjugalidade, bem como a própria representação e expectativas do casamento (Torres, 2002). Os homens têm, geralmente, uma perceção mais otimista da sua relação conjugal. A desigualdade de género, mesmo não sendo expressa no início da vida conjugal pode evoluir com os constrangimentos específicos da dinâmica conjugal (Pereira, 2009).

Os primeiros anos de conjugalidade parecem ser essenciais para a formação de perceções partilhadas entre os parceiros e, com o passar do tempo, os casais precisam de aprender a construir e a desenvolver uma realidade conjugal partilhada como um processo fundamental no ajustamento e na satisfação conjugal. Quanto maior o tempo de relação maior a necessidade de promover uma visão positiva do parceiro (Narciso & Ribeiro, 2009).

Quando se aborda a questão do climatério, directamente relacionada com a relação conjugal, a satisfação sexual surge como fator de influência nesta fase da vida e há estudos (Fielder & Kurpius, 2005) que mostraram que, as dificuldades sexuais durante o período peri-menopausa estão mais relacionadas com o relacionamento conjugal insatisfatório do que com a sintomatologia física característica desta fase. Nas manifestações clínicas mais comuns identificadas podemos encontrar alterações

neurogénicas (ondas de calor, sudorese, calafrios, palpitações, cefaleias, tonturas, insónias, perda de memória e fadiga), psicogénicas, metabólicas, mamárias (substituição do parênquima mamário por tecido adiposo), urogenitais (dispareunia, corrimento e prurido vulvar), osteoarticulares e ao nível do sistema tegumentar.

A capacidade de aceitação e de adaptação da mulher aos sintomas climatéricos depende da conjugação das alterações ocorridas a vários níveis: fisiológico, psicológico, social e cultural (Lorenzi et al., 2005) e a intensidade dos sintomas varia de mulher para mulher em função da idade e do tempo de distancia da menopausa (Mishra & Kuh, 2012). A vivência do climatério é diferente de mulher para mulher e está resultante da estrutura da personalidade e do ambiente sociocultural em que se insere. A resposta sexual da mulher está relacionada com o seu ser na totalidade, somos influenciadas pelos sentidos (toque, cheiro, sabor) e emoções (Northrup, 2006). A sexualidade não se reduz apenas à relação sexual coital, ela é um acumular de afetos, sensações e sentimentos.

Nos estudos relacionados diretamente com a transição natural da menopausa, parece haver um declínio do funcionamento sexual com diminuição da excitação sexual, do interesse sexual e da frequência das relações associado ao aumento de secura vaginal, dispareunia e problemas com o parceiro (Badran et al., 2007; Castelo-Branco, Huezó & Lagarda, 2008; Pechorro, Diniz & Vieira, 2010; Squire, 2005). É possível que a sintomatologia sentida, influencie de alguma forma a motivação e a vontade sexual, no entanto concordamos que não é o único fator que a influencia, até porque a sintomatologia pode ser controlada.

Cerca de 60% das mulheres não descreveram mudanças na sua resposta sexual devido ao climatério, no entanto, referiram algumas características dos seus relacionamentos que gostariam de mudar, incluindo a melhoria da paixão, mais romance, carinho e uma melhor comunicação (Fielder & Kurpius, 2005). Isto revela que quando a mulher se sente satisfeita na sua relação conjugal, com o parceiro que ama e com quem assumiu um compromisso, a sua relação de intimidade motiva uma vida sexual ativa.

A atividade sexual melhora a elasticidade dos tecidos vaginais e aumenta a resposta lubrificadora e, a sua inibição, contribui para a atrofia vaginal (Cancelo, 2012), manter uma saúde vaginal é fundamental para uma sexualidade ativa e feliz. A sexualidade é fundamental para a manutenção de relações apaixonadas e alguns autores afirmam que e os problemas de sexualidade são cada vez mais problemas de amor, de intimidade e de relação. O estilo de vida do casal nos tempos atuais (determinado pelos fatores económicos e sociais) condiciona fortemente a sua vida sexual. A sexualidade no casamento deve ser um processo de permanente descoberta e desenvolvimento (Gomes, 2004).

Na reflexão sobre o climatério e o relacionamento conjugal, emerge a dúvida sobre o que influencia o quê, ou seja, será o climatério que influencia o relacionamento conjugal ou será este que vai influenciar uma vivência saudável do climatério. Considerando que esta é mais uma etapa de transição do ciclo de vida familiar, normalmente associado a casais com filhos adolescentes e posteriormente à respetiva saída dos filhos de casa, tendência que se tende alterar pela opção da maternidade tardia e pela situação sócio-económica que leva a que os filhos saiam cada vez mais tarde de casa dos pais pela respetiva falta de autonomia e independência. O “*síndrome do ninho vazio*” encontra-se normalmente associado e descrito quando se fala da menopausa e na perspetiva da mulher mas, será que, analogamente, os homens não sentem também esta saída de casa? Embora se mantenham os laços afectivos (pais-filhos) a partilha do espaço fica de certa forma alterado e o casal tem que (re)aprender a viver a dois, como foi no início do casamento mas, a maturidade individual e os contextos da vida provocaram alterações

em cada um e no próprio relacionamento. É necessário fomentar o investimento na relação de forma a encontrar equilíbrio na conjugalidade e na individualidade, partilhando interesses e relacionamento afetivo-sexual, evitando tédio e repetição (Norgren et al., 2004).

No período de transição e crise, quando individualmente alcançaram um nível de maturidade e de autonomia e não existe satisfação na relação conjugal, a falta de amor e de interesse em manter o compromisso podem levar à rutura e ao divórcio. Nesta etapa do ciclo vital, na mulher a partir dos 45 anos, a crise de vida é socialmente reconhecida e desculpada pela menopausa, enquanto que nos homens, a crise de vida não é compreensível nem reconhecida, e ocorre normalmente com a reforma (60-65 anos), mas pode surgir entre os 43 e os 52 anos com o fim da ascensão social e respetiva consciencialização do seu fim (Mimoun, 2003).

A literatura remete para um comprometimento da sexualidade aliada a alterações hormonais ováricas provocando secura vaginal e dispareunia, causando desconforto nas relações sexuais e provocando um ciclo de evitamento e consequente aumento desta sintomatologia. Mas, atendendo que a sexualidade só se desenvolve adequadamente quando é estabelecida uma relação afectiva com alguém (Galvão, 2000) e, em casais satisfeitos onde o processo de comunicação está bem estabelecido, falar sobre as eventuais dificuldades sexuais será uma das formas de colmatar e ultrapassar este incómodo.

Na meia-idade muitos casais descobrem que têm o tempo e o desejo para estarem totalmente um com o outro e vivenciam o melhor sexo das suas vidas e, torna-se necessário melhorar alguns aspetos do “velho” relacionamento (Northrup, 2006). Sem a preocupação de engravidar (após a menopausa) existe também um relaxamento e uma libertação da mulher e consequentemente no homem, a cumplicidade existente e a própria maturidade sexual será um factor de equilíbrio entre eles. A sexualidade é necessária ao equilíbrio emocional dos seres humanos, havendo uma correlação directa entre personalidade e sexualidade, as quais se influenciam directa e indirectamente (Galvão, 2000; Vidal, 2002). A meia-idade pode ser vivenciada de forma positiva e enriquecedora, pois os acontecimentos da vida são entendidos em função do desenvolvimento do casal inerentes ao ciclo de vida familiar (Ribeiro, 2005).

Sendo o casamento uma construção conjunta da realidade, as relações conjugais duradouras e satisfatórias são o resultado do investimento na procura da felicidade, onde para além do amor perpetua-se o consenso, a resolução de conflitos, a comunicação e a flexibilidade. Pessoas casadas há muito tempo continuam a preocupar-se com os companheiros(as) e a amarem-se, procurando alternativas.

O casal deve promover hábitos de vida saudáveis, como a alimentação, para evitar o excesso de peso e prevenir algumas doenças. O exercício físico e os passeios ao ar livre, encontram-se entre as estratégias que os casais podem recorrer de forma a impulsionarem momentos de descontração e lazer propícios ao contributo para a melhoria da qualidade de vida.

Com a finalidade de compreender a influência climatério/menopausa no relacionamento conjugal definimos como objectivos do estudo: Identificar a influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal; Identificar a percepção da satisfação conjugal em função do género.

MÉTODO

Desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem mista (quantitativa e qualitativa) a 116 casais de dois Agrupamentos de Centros de Saúde da Região de

Lisboa, de maio a setembro de 2011, por amostragem não probabilística, acidental ou de conveniência, cuja idade da mulher correspondesse ao período de climatério.

Participantes

Distribuíram-se questionários a 448 casais e recolheram-se 43% (193) dos quais se invalidaram os de 76 casais por se encontrarem em branco ou mal preenchidos (só eram considerados se ambos os membros do casal participassem no estudo). Foram considerados para análise 60% dos questionários recebidos. Salientamos que 45% tinham habilitação literária de nível superior e 12% o 1º ciclo. Apresentavam uma média de 18 anos de tempo de conjugalidade e 1,5 filhos.

Participaram no nosso estudo 232 sujeitos (116 casais), a maioria é casada 204 (87,9%) e 28 (12,1%) em união de facto, com média de tempo de conjugalidade de 18,02 anos e desvio padrão de 8.62 anos.

A distribuição por grupo etário está em conformidade com os estádios do climatério definidos por Candella et al. (1995).

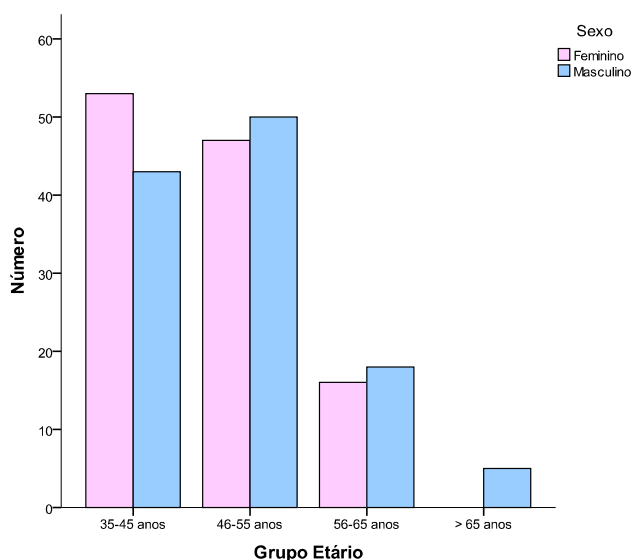


Figura 1. Distribuição dos participantes por grupo etário

Destacamos que 193 (83,2%) dos participantes têm idade inferior a 55 anos, a maioria tem uma formação de nível superior 105 (44,8%) dos quais 81 (34,9%) possuem licenciatura e 24 (10,3%) têm pós-licenciatura, mestrado ou doutoramento, no entanto 12% frequentaram apenas o 1º ciclo/4ª classe, correspondendo uma distribuição por grupos profissionais onde temos “quadros superiores” a contrastar com “operários não especializados”, “reformados” e “desempregados”.

Material

Como Instrumento de colheita de dados, recorreu-se ao questionário de autopreenchimento, composto por um grupo que permite a caracterização sócio-demográfica, a escala EASAVIC – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (Narciso & Costa, 1996). Esta escala, pretende avaliar a satisfação experienciada em várias áreas da vida conjugal, bem como da satisfação conjugal relativamente a duas dimensões da conjugalidade: Funcionamento Conjugal e Amor. Encontra-se organizada em 44 itens, distribuídos em cinco áreas da vida conjugal referentes à dimensão *funcionamento conjugal* (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extra familiares, comunicação e conflitos), e cinco áreas relativas à dimensão *amor* (sentimentos e expressão de sentimentos, sexualidade, intimidade

emocional, continuidade, características físicas e psicológicas). Do total dos 44 itens, 16 têm como foco o casal, 14 o inquirido e 14 o cônjuge. Trata-se de uma escala de tipo Lickert em 6 pontos, o que permite que o indivíduo avalie a sua satisfação entre *Nada Satisfeito* (1), *Pouco Satisfeito* (2), *Razoavelmente Satisfeito* (3), *Satisfeito* (4), *Muito Satisfeito* (5), e *Completamente Satisfeito* (6). E ainda por questões abertas no sentido de se recolherem testemunhos e contributos que permitissem enriquecer a compreensão da problemática em estudo.

Procedimento

A cada casal era solicitado a colaboração e explicado o objetivo do estudo. Os questionários foram distribuídos individualmente em envelope que depois de preenchidos eram colocados pelos participantes respetivamente nos envelopes “mulher”/“homem” e fechados no envelope “casal” por forma a garantir a confidencialidade e o anonimato.

Os dados foram tratados informaticamente, através do software SPSS 19 e análise de conteúdo dos relatos das questões abertas.

RESULTADOS

Os participantes com maior nível de escolaridade apresentam melhores *scores* de satisfação conjugal. Dos casais participantes, 81% explicam uma satisfação conjugal positiva e 50% apresentam satisfação superior a 4,4. O Factor Amor apresenta um valor médio de satisfação superior (4,47) do que o Funcionamento Conjugal (4,13).

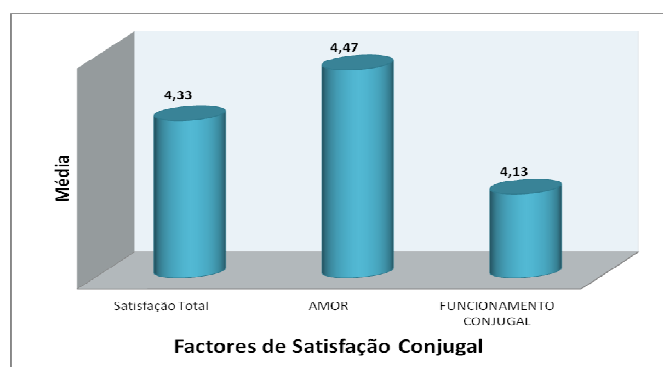


Figura 2. Valores médios da Satisfação Conjugal Total e dos Fatores de Satisfação Conjugal

Todas as dimensões da satisfação das áreas da vida conjugal, apresentam valores médios que podem ser considerados satisfatórios, no entanto, as áreas que mais contribuem para a satisfação conjugal total são a satisfação da intimidade emocional (4,52), a satisfação da autonomia (4,34) e a satisfação da sexualidade (4,33).

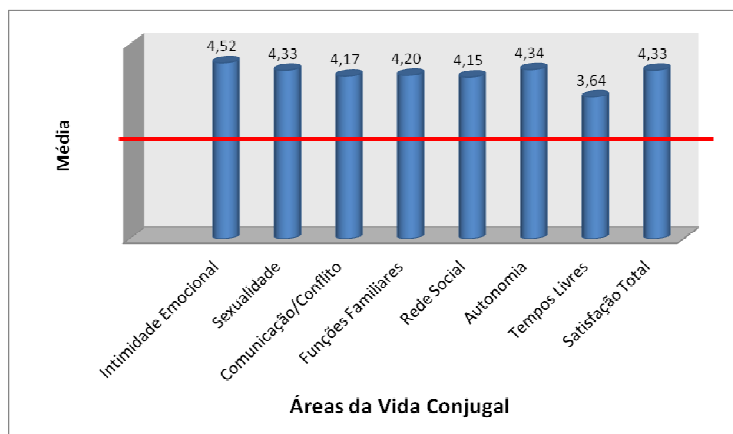


Figura 3. Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (valores médios)

Os nossos casais demonstram alguma conformidade ao apresentarem uma percepção individual de cada membro (homem e mulher) e avaliação semelhante da sua própria relação, sem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo.

O Amor é mais intenso nos casados há menos de quatro anos e o Funcionamento Conjugal apresenta melhores médias no grupo de 5-9 anos parecendo haver (re)ajustes ao longo dos anos seguintes com um (re)investimento no grupo entre os 20-24 anos de casado.

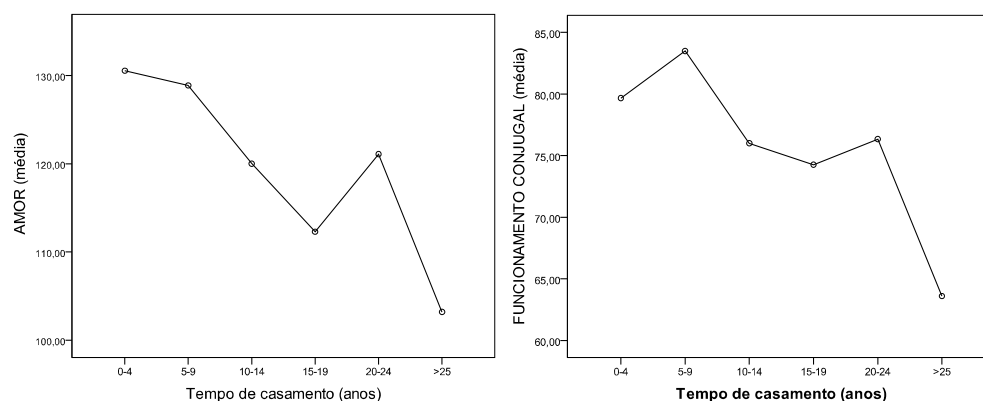


Figura 4. Amor e Funcionamento Conjugal em função do tempo de casamento

Os grupos com idades mais jovens apresentam maior satisfação conjugal global, indiciando um declínio de acordo com as etapas do climatério com *scores* médios para o sexo masculino de 4,69; 4,37; 4,14 e para o sexo feminino de 4,56; 4,22 e 3,52 respetivamente para os grupo etários dos 35 a 45 anos, 46 a 55 anos e 56 a 65 anos, sendo as diferenças verificadas estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) para ambos os sexos. Do discurso dos participantes quando questionados sobre a influência do climatério no relacionamento conjugal, maioritariamente relatam que não existe qualquer tipo de alteração, mas dos que referem existir alguma influência, sobressaem as dimensões da sexualidade e da comunicação.

Algumas expressões dos participantes esclarecem a vivência conjugal nesta etapa de vida, ao referirem que “o nosso problema não está relacionado com o climatério é mais falta de comunicação e interesses comuns”; “a vida torna-se mais importante nesta fase da vida” e que “um bom relacionamento e cumplicidade com compreensão e respeito se torna facilitador” bem como evidenciam que “o diálogo é muito importante

e aceitam as coisas com normalidade”. Relativamente à sexualidade, 2% mencionam ter “*menos paciência para conversar e (...) para a atividade sexual*” no entanto 4% afirmam que “*quanto mais sexo fazemos mais gosto e prazer e conseguimos ir inovando (...)o que tem sido surpreendente*”.

DISCUSSÃO

Embora a idade adulta seja uma das fases considerada mais estável do ciclo de vida, as pessoas mudam na sequência de alterações físicas, eventos da vida e expectativas sociais. O período da meia-idade que compreende aproximadamente as idades de 45 a 60 anos, tem auferido menos atenção por parte dos investigadores, com exceção da menopausa onde encontramos estudos mais diretamente ligados a situações da clínica médica (osteoporose, fraturas, cancro, depressão, entre outros) e disfuncionais. No que se reporta ao homem, começam a surgir estudos, igualmente numa perspectiva médica e disfuncional, relacionados com a andropausa, porém estes estudos padecem de uma abordagem psicológica e social no que respeita ao desenvolvimento natural desta etapa da vida. Na avaliação da satisfação conjugal os nossos casais demonstram alguma conformidade ao apresentarem uma percepção individual de cada membro (homem e mulher) e avaliação semelhante da sua própria relação. A maior satisfação conjugal verifica-se nos sujeitos mais jovens, apontando um declínio em função do grupo etário.

Os participantes com maior nível de escolaridade apresentam melhores *scores* de satisfação conjugal e o sexo masculino apresenta de igual forma *scores* mais elevados, no entanto sem qualquer correlação estatisticamente significativa, o que reforça a teoria de Narciso e Ribeiro (2009) de que os homens têm uma percepção mais positiva e otimista da sua relação conjugal. O tempo de casamento parece apresentar alguma variabilidade na satisfação conjugal, o Amor parece mais intenso nos casamentos com menos de quatro anos o que está em consonância com Narciso (2002) quando nos diz que a fase inicial da relação está associada ao namoro e paixão onde predominam sentimentos primários como o Amor.

O Funcionamento Conjugal alvitra (re)ajustes ao longo do percurso de vida conjugal. Com o passar do tempo de conjugalidade, os casais num processo de ajustamento precisam construir uma realidade relacional partilhada onde se torna fundamental o processo de negociação (Narciso & Ribeiro, 2009). O percurso de vida conjugal, afecta e é afectado por factores pessoais, contextuais e demográficos e pelos factores intrínsecos à própria relação como sejam entre outros os sentimentos, a intimidade e o compromisso (Narciso, 2001; Narciso & Ribeiro, 2009). Casamentos estáveis, com cônjuges satisfeitos podem ser encarados como relações de sucesso (Narciso, 2001).

Na intimidade do casal a partilha de sentimentos íntimos deve ser norteado pela comunicação e vivida de forma positiva. Estudos demonstram que as alterações hormonais verificadas nas mulheres nesta etapa de vida, com eventuais repercussões a nível da saúde vaginal, podem alterar a sexualidade. Compete ao casal encontrar estratégias para ultrapassar eventuais dificuldades onde devem predominar comportamentos saudáveis, incentivar o namoro, a comunicação, o desejo e o reforço da auto-estima do próprio e do outro. A influência do climatério/menopausa no relacionamento conjugal, depende da forma como cada casal se entrega e vivencia o seu próprio relacionamento, esta é mais uma fase de transição do ciclo de vida e, como qualquer outra fase de transição (adolescência, parentalidade), tem de ser aprendida e reajustada face às mudanças.

Apesar de se terem verificado diferenças na satisfação conjugal em função do grupo etário, não podemos aceitar que a etapa do climatério/menopausa seja o único motivo

que eventualmente possa interferir no relacionamento do casal. Alguns casais reforçam esta ideia quando nos dizem que a menopausa não influencia o relacionamento conjugal e vice-versa pois valorizam o diálogo, a comunicação, a compreensão, a cumplicidade e o respeito como aspetos facilitadores para ultrapassarem qualquer dificuldade em qualquer fase da vida e que alguma dissonância que eventualmente exista, se deve a divergências de interesses e de objetivos e não ao processo de climatério e menopausa.

Este foi um estudo de abordagem singular no percurso de transição de uma etapa de vida que na nossa sociedade ocidentalizada, não tem sido encarada como um percurso natural da vida com eventuais implicações na vida da mulher e consequentemente dos casais. Ao pensarmos em pessoas de meia-idade devemos pensar nas alterações e perspectivas de género individualmente mas, também, na repercussão em termos da vida conjugal e da qualidade de vida.

Parece fundamental o desenvolvimento de mais estudos, no âmbito da psicologia e das ciências da saúde, no sentido de melhor compreendermos esta etapa de vida não só o climatério/menopausa mas também a andropausa, estando esta ultima pouco estudada, numa perspectiva de desenvolvimento, saúde e psicossocial, mas também, numa perspectiva de género e intercultural, pois estamos num mundo marcado pela diversidade cultural. Entender as perspectivas e necessidades das pessoas de meia-idade e dos casais, é fundamental para um melhor acompanhamento e intervenção face à saúde, qualidade de vida e bem-estar. Investir na literacia em Saúde é contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Compete aos profissionais de saúde ajudar no processo de envelhecimento e preparar a mulher/casal para viverem esta fase de transição de forma positiva e com qualidade de vida. Neste sentido parece imprescindível que os profissionais e alargarem o leque de conhecimentos e desenvolverem competências na orientação dos casais, nomeadamente na abordagem da sexualidade e na monitorização de opções de controlo de sintomatologia e promoção da saúde. E ainda, que consigam melhorar a sensibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde bem como, trabalhar em equipa e em rede, no sentido de se potenciarem os resultados das intervenções com obtenção de ganhos em saúde e contribuir para a redução dos custos com a saúde.

REFERÊNCIAS

- Allen Gomes, F. (2004). *Paixão, amor e sexo*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Badran, A. V., Araújo, A. L. L., Nagae, D. K. I., Takahashi, L. R., Formicola, N. R., Miyamoto, W. R., & Prado, R. A. A. (2007). Aspectos da sexualidade na menopausa. *Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 52, 39-43.
- Bastos, M. (2003). *Sorria você está na menopausa: Manual de terapia natural para a mulher* (1ª ed.). Lisboa: Editora Pregaminho.
- Cancelo, M. J. (2012). Novidades en la salud vaginal: Aproximación a la salud vaginal, *9ª Jornada sobre Controversias en Ginecología*. Barcelona.
- Candella, C., Ruggiero, C., Araya, M., & Silva, R. (1995). Assistência de enfermagem à mulher no climatério. *Revista da Escola de Enfermagem*, 29, 47-58.
- Castelo-Branco, C., Huezo, M. L., & Lagarda, J. L. B. (2008). Definition and diagnosis in the XXI Century. *Maturitas*, 60, 50-58. doi:org/10.1016/j.maturitas.2008.02.002
- Correia, M. I. (2009). *Conhecimentos e comportamentos das mulheres menopausicas sobre a menopausa*. Universidade Fernando Pessoa.

- Fielder, K., & Kurpius, S. (2005). *Marriage, stress and menopause: Midlife challenges and joys* (Vol. 19). Lisboa: Edições Colibri.
- Galvão, J.J. (2000). *Um olhar sobre a sexualidade humana para uma paternidade responsável*. Lisboa: Editora Paulinas.
- Lorenzi, D., Danelon, C., Saciloto, B., & Jr., I. P. (2005). Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27, 12-19.
- Merighi, M. A. B., & Gonçalves, R. (2007). Climatério: Novas abordagens para o cuidar. In R. Á. Q. Fernandes & N. Z. Narchi (Eds.), *Enfermagem e Saúde da Mulher* (Vol.5, pp. 1-325). São Paulo: Manole.
- Mimoun, S. (2003). Ménopause, andropause et fonction sexuelle. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 31, 141-146.
- Mishra, G. D. & Kuh, D. (2012). Health symptoms during midlife in relation to menopausal transition: British prospective study. *British Medical Journal*, 344-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e402>
- Moore, K., Jekielek, S., Bronte-Tinkew, J., Guzman, L., Ryan, S., & Reed, Z. (2004). What is "health marriage"? Defining the concept. *Child Trends*, 16, 1-8.
- Mori, M., & Coelho, V. (2004). Mulheres de corpo e alma: Aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 177-187. doi: [org/10.1590/S0102-79722004000200006](http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722004000200006).
- Narciso, I. & Costa, M.E. (1996). Amores satisfeitos mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 11-13.
- Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas - À procura do padrão que liga*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Narciso, I. (2002). Janela com vista para a intimidade. *Psychologica*, 31, 49-62.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. T. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M. d., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9, 575-584.
- Northrup, C. (2006). *A sabedoria da menopausa*. Brasil: Estrela Polar ed.
- Pechorro, P., Diniz, A., & Vieira, R. (2010). Funcionamento sexual e ciclo de vida em mulheres portuguesas. *Análise Psicológica*, 28, 665-681.
- Pereira, P. (2009). *Frutos do amor: Quando dois passam a três*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Phipps, W. J., Sands, J., & Marek, J. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos da clínica ginecológica da Faculdade de Medicina da USP* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pinotti, J. A., & Barros, A. C. (2004). *Ginecologia Moderna*. Rio de Janeiro: Editora Revinter Lda.
- Ribeiro, M. T. (2005). Casais de meia-idade: estudos com casais portugueses numa perspectiva sistémica. *Psicologia*, 19, 57-85.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Torres, A. (2000). A individualização no feminino, o casamento e o amor. In C.E.Peixoto, F.Singly & V. Chiccelli (Orgs), *Família e Individualização* (pp.135-155). Rio de Janeiro: Fundação Gertúlio Vargas Editora.
- Torres, A. (2002). *Casamento em Portugal: Uma análise sociológica*. Oeiras: Celta Editora.
- Vidal, M. (2002). *Ética da sexualidade*. São Paulo: Edições Loyola.

O PAPEL DA PERCEÇÃO DE DOENÇA E DA RESILIÊNCIA NA DOR CRÓNICA

Filipe Ribeiro ✉ e João Pereira

Instituto Superior da Maia (ISMAI), Maia, Portugal

A dor é representada nos cuidados de saúde como um problema de saúde física, com foco na etiologia e tratamento, porém, poucas pessoas obtêm benefício com o tratamento ou compreendem a razão para a dor continuar (Daniel & Williams, 2010). Ao persistir temporalmente, esta assume-se como dor crónica (DC), um problema médico, que carece de atenção (Melzack & Wall, 1987). Neste âmbito, a DC é vista como um grave problema de saúde pública que, pela frequência e potencial causa sofrimento e incapacidade, assim como diversas consequências para os doentes, famílias e enormes custos para a sociedade (Castro-Lopes, Saramago, Romão, & Paiva, 2010; Rosenblum, Marsch, Joseph, & Portenoy, 2008).

A experiência de dor é modulada pela percepção subjectiva da doença (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007), ou seja, pelas representações que vão orientar as reacções aos sintomas, diagnósticos e tratamentos, onde percepções imprecisas ou disfuncionais podem gerar sofrimento (Cameron & Moss-Morris, 2010), constatação reforçada pelos estudos de Sobral (2006), onde se verificou que o elevado controlo pessoal, crença na eficácia do tratamento e maior compreensão parecem ajudar a diminuir o sofrimento, enquanto uma maior identificação dos sintomas, percepção de consequências graves, percepção da doença como crónica e elevada representação emocional contribuem para um maior sofrimento. De facto, é natural que a situação de doença seja vivida como uma experiência de sofrimento (Ferrell & Coyle, 2008), não só pela percepção da doença como ameaça, mas também pela dor e desconforto, opondo o doente à sua fragilidade e ideia de morte (Gameiro, 2000).

Considerando a DC uma situação provavelmente adversa, destaca-se a resiliência na recuperação e adaptação à doença (Zautra, Johnson, & Davis, 2005), como capacidade para lidar com a doença, aceitando as implicações impostas pela sua condição e readaptando-se de forma positiva (Angst, 2009). Neste sentido, níveis inferiores de resiliência associam-se a uma maior vulnerabilidade a estados emocionais negativos (Zautra et al., 2005), enquanto níveis elevados permitem aos indivíduos, manterem-se relativamente estáveis quanto aos níveis de saúde física e psicológica (Bonanno, Galea, Bucciarelli, & Vlahov, 2007), bem como uma diminuição dos sintomas físicos (Smith et al., 2008) e sofrimento (Wessells, 2009).

O presente estudo teve como objectivo analisar a capacidade preditiva da percepção da doença e da resiliência para o sofrimento global dos indivíduos com dor crónica.

✉ - Filipe André Nunes Ribeiro, Rua do Calvário, 87 4580-758 Besteiros Paredes, e-mail: filipeandrenunes@hotmail.com

MÉTODO

Participantes

A amostra deste estudo foi intencional, com um processo de amostragem por conveniência na Unidade de Tratamento de Dor do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E (CHVNG/E). Participaram neste estudo 89 indivíduos com dor crónica, dos quais 79,8% do sexo feminino e 20,2% do sexo masculino, com idades entre os 28 e 82 anos, com uma $M = 56,69$ anos ($DP=10,95$). Relativamente ao estado civil, 11,2% são solteiros, 77,5% casados ou em união de facto, 7,9% divorciaram-se ou separaram-se e 3,4% viúvos. Quanto às habilitações literárias, grande parte tem apenas o 4º ano de escolaridade (40,4%). Relativamente à situação laboral, a maioria dos participantes estão reformados (52,8%) e apenas 7,9% estão a trabalhar a tempo inteiro. Quanto à condição clínica, 20,2% tinham dor oncológica e 79,8% dor não oncológica, sendo as principais doenças para a consulta de dor o cancro (20,2%), a lombalgia (18,0%) e doença osteoarticular (16,9%). Relativamente à intensidade de dor, os participantes apresentam uma intensidade moderada-intensa ($M= 6,94$; $DP=2,15$), sendo que em 96,6% dos pacientes a dor prolonga-se há mais de 1 ano. A maioria dos participantes tomam medicação regularmente (98,9%) e 61,8% dos indivíduos frequentam consultas de Psicologia.

Material

O protocolo de investigação incluía um Questionário sociodemográfico e clínico, o Questionário de Crenças sobre a Doença – versão breve (IPQ-R), o Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença (IESSD) e a Escala de Resiliência de 14 Itens (RS-14). O Questionário Sociodemográfico e Clínico engloba a caracterização sociodemográfica e clínica, incluindo um item para avaliar a intensidade subjectiva de dor. O IPQ-R desenvolvido por Broadbent, Petrie, Main e Weinman (2006) e adaptado à população portuguesa por Soares, Trovisqueira e McIntyre é constituída por 9 itens que avalia as percepções de doença acerca das consequências, duração, controlo pessoal, controlo dos tratamentos, identidade, preocupação, resposta emocional, compreensão e principais causas. O IESSD desenvolvido por Gameiro e McIntyre é constituído por 44 itens, que permite avaliar a intensidade de sofrimento na doença ao nível global e nas dimensões: físico, psicológico, sócio-relacional, existencial e experiências positivas (Gameiro, 2000). A RS-14 é a versão reduzida da Escala de Resiliência de Wagnild e Young, constituída por 14 itens que permitem avaliar a resiliência (Wagnild, 2009). Esta escala foi adaptada à população portuguesa por Felgueiras, Festas e Vieira (2011).

Procedimento

Após efectuadas as diligências necessárias para a autorização de recolha de dados no em contexto hospitalar e aprovado pelos respectivos Conselho de Administração, Comissão de Ética e Directores dos Serviços do CHVNG/E, procedeu-se à respectiva recolha. Esta realizou-se em sujeitos com dor crónica nas suas deslocações às consultas na Unidade de Tratamento de Dor onde, após consentimento livre e informado, responderam aos questionários. Para a análise estatística dos dados utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Science, versão 17.0. Na caracterização dos dados sociodemográficos e condição clínica utilizou-se estatísticas de frequência e descrição. Quanto à análise das relações existentes primeiro será realizado o estudo de correlação entre as variáveis através do teste correlação de *Pearson*, para posteriormente realizar-se o teste estatístico de regressão linear.

RESULTADOS

Inicialmente procurou-se estudar as correlações existentes entre as variáveis em estudo. No quadro 1, apresenta-se os resultados obtidos relativamente as correlações entre as dimensões da percepção da doença e o sofrimento global. Neste estudo, verifica-se que o sofrimento global se correlaciona positivamente com as percepções das consequências da doença ($r=0,38$; $p<0,000$), identidade dos sintomas ($r=0,31$; $p<0,003$), preocupação ($r=0,36$; $p<0,001$), resposta emocional ($r=0,54$; $p<0,000$), e inversamente com o controlo pessoal ($r=-0,33$; $p<0,001$) e compreensão ($r=-0,24$; $p<0,018$).

Quadro 1

Correlações entre Percepção da Doença e Sofrimento Global

Percepção da Doença	Sofrimento Global		
	<i>n</i>	Correlação de <i>Pearson</i>	Nível de Significância
Consequências	89	0,38	0,0001
Controlo Pessoal	89	-0,33	0,001
Identidade	89	0,312	0,003
Preocupação	89	0,361	0,001
Compreensão	89	-0,24	0,01
Resposta Emocional	89	0,54	0,0001

Posteriormente investigou-se as relações existentes entre a resiliência com o sofrimento global e as dimensões da percepção da doença (quadro 2), constatando-se que a resiliência correlaciona-se inversamente com o sofrimento global ($r=-0,65$; $p<0,0001$), percepções de identidade ($r=-0,31$; $p<0,003$), preocupação ($r=-0,30$; $p<0,003$), resposta emocional ($r=-0,45$; $p<0,0001$) e positivamente com as percepções de controlo pessoal ($r=0,37$; $p<0,0001$) e compreensão ($r=0,44$; $p<0,0001$).

Quadro 2

Correlações entre Resiliência com o Sofrimento Global e as dimensões da percepção da doença

		Resiliência		
		<i>N</i>	Correlação <i>Pearson</i>	Nível de Significância
Percepção da Doença:	Sofrimento Global	89	-0,65	0,0001
	Controlo Pessoal	89	0,37	0,0001
	Identidade	89	-0,31	0,003
	Preocupação	89	-0,30	0,003
	Compreensão	89	0,44	0,0001
	Resposta Emocional	89	-0,45	0,0001

Passando ao enfoque principal deste estudo, procurou-se analisar a capacidade preditiva das dimensões da percepção da doença na experiência subjectiva de sofrimento global em doentes com DC (quadro 3). Neste âmbito, verificou-se nos sujeitos com DC deste estudo que a percepção de consequências explica a variância de 15,1 % ($R^2=0,15$; $p<0,0001$) do sofrimento global (modelo 1). Por sua vez, a percepção da identidade dos sintomas explica uma variância de 9,8 % ($R^2=0,09$; $p<0,003$) do sofrimento global (modelo 2). A preocupação com a doença explica uma variância de 13,0 % ($R^2=0,13$; $p<0,001$) do sofrimento global (modelo 3). Relativamente à resposta emocional, esta explica uma variância de 29,4 % ($R^2=0,29$; $p<0,0001$) do sofrimento global (modelo 4). Uma percepção de controlo pessoal explicou uma variância de

11,3 % ($R^2=0,11$; $p<0,001$) do sofrimento global (modelo 5). Quanto à compreensão sobre a doença, esta explicou uma variância de 6,2 % ($R^2=0,06$; $p<0,01$) do sofrimento global (modelo 6).

Quadro 3

Valor preditivo da percepção da doença para o sofrimento global

Sumário do Modelo					ANOVA ^b					
Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² Ajustado	Estimativa de erro		Soma dos quadrados	<i>gl</i>	Média dos quadrados	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
1	0,38 ^a	0,15	0,14	25,25						
					Regressão	9837,282	1	9837,28	15,42	0,0001 ^a
					Residual	55481,707	87	637,72		
					Total	65318,989	88			
2	0,31 ^a	0,09	0,08	26,02						
					Regressão	6378,29	1	6378,29	9,41	0,003 ^a
					Residual	58940,693	87	677,479		
					Total	65318,989	88			
3	0,36 ^a	0,13	0,12	25,55						
					Regressão	8518,30	1	8518,30	13,04	0,001 ^a
					Residual	56800,68	87	652,88		
					Total	65318,98	88			
4	0,54 ^a	0,29	0,28	23,02						
					Regressão	19181,02	1	19181,02	36,16	0,0001 ^a
					Residual	46137,96	87	530,32		
					Total	65318,98	88			
5	0,33 ^a	0,11	0,10	25,81						
					Regressão	7361,61	1	7361,61	11,05	0,001 ^a
					Residual	57957,37	87	666,17		
					Total	65318,98	88			
6	0,24 ^a	0,06	0,05	26,53						
					Regressão	4061,81	1	4061,81	5,76	0,01 ^a
					Residual	61257,17	87	704,10		
					Total	65318,98	88			

a. Predictoras: Dimensões da Percepção da doença (1 - consequências, 2 - identidade, 3 - preocupação, 4 - resposta emocional, 5 - controlo pessoal e 6 - compreensão) (Constantes); b. Variável Dependente: Sofrimento Global

De seguida investigou-se a capacidade preditiva da resiliência para a experiência subjectiva de sofrimento global em doentes com DC (quadro 4), tendo-se verificado que a resiliência dos sujeitos com DC deste estudo explica a variância de 42,3 % ($R^2=0,423$; $p<0,0001$) do sofrimento global (modelo 7).

Quadro 4

Valor preditivo da resiliência para o sofrimento global

Sumário do Modelo					ANOVA ^b					
Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>R</i> ² Ajustado	Estimativa de erro		Soma dos quadrados	<i>gl</i>	Média dos quadrados	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
7	0,65 ^a	0,42	0,41	20,81						
					Regressão	27610,99	1	27610,99	63,70	0,0001 ^a
					Residual	37707,99	87	433,42		
					Total	65318,98	88			

a. Predictor: 7 - Resiliência (Constante); b. Variável Dependente: Sofrimento Global

Por último, analisou-se a capacidade preditiva da resiliência para as dimensões da percepção da doença em sujeitos com DC (quadro 5). Neste sentido, pode-se constatar que a resiliência explicou a variância de 13,7 % ($R^2=0,13$; $p<0,0001$) do controlo pessoal (modelo 8). A resiliência explicou também uma variância de 19,4 % ($R^2=0,19$;

$p<0,0001$) da compreensão (modelo 9). Nesta linha, verificou-se que a resiliência também era preditora da identidade dos sintomas, explicando uma variância de 9,7 % ($R^2=0,09$; $p<0,003$) (modelo 10). Verificou-se ainda que a resiliência também explicou uma variância de 9,6 % ($R^2=0,09$; $p<0,003$) da preocupação com a doença (modelo 11), assim como uma variância de 20,9 % ($R^2=0,20$; $p<0,0001$) da resposta emocional (modelo 12).

Quadro 5

Valor preditivo da resiliência para a percepção da doença

Sumário do Modelo					ANOVA ^b					
Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Estimativa de erro		Soma dos quadrados	gl	Média dos quadrados	F	Sig.
Modelo 8	0,37 ^a	0,13	0,12	2,45	Regressão	83,72	1	83,72	13,84	0,0001 ^a
					Residual	526,23	87	6,04		
					Total	609,95	88			
Modelo 9	0,44 ^a	0,19	0,18	2,84	Regressão	169,77	1	169,77	20,91	0,0001 ^a
					Residual	706,19	87	8,11		
					Total	875,97	88			
Modelo 10	0,31 ^a	0,09	0,08	1,84	Regressão	31,53	1	31,53	9,31	0,003 ^a
					Residual	294,69	87	3,38		
					Total	326,22	88			
Modelo 11	0,30 ^a	0,09	0,08	2,46	Regressão	56,15	1	56,15	9,20	0,003 ^a
					Residual	530,72	87	6,10		
					Total	586,87	88			
Modelo 12	0,45 ^a	0,20	0,20	2,07	Regressão	98,80	1	98,80	22,96	0,0001 ^a
					Residual	374,25	87	4,30		
					Total	473,05	88			

a. Preditora: Resiliência (Constante); b. Variáveis Dependente: dimensões da percepção da doença (8 – controlo pessoal, 9 – compreensão, 10 – identidade, 11 – preocupação, 12 – resposta emocional)

DISCUSSÃO

Ao longo do presente estudo, procurou-se estudar a experiência dos pacientes com DC, analisando o contributo da forma como estes percebem a doença e da sua capacidade de resiliência para a experiência de sofrimento. Neste sentido, verificou-se que a percepção de consequências elevadas da doença, a identificação de elevados sintomas, a elevada preocupação e uma elevada resposta emocional mais negativa por parte dos pacientes com DC influencia um maior sofrimento por parte destes, sobressaindo aqui que as percepções mais negativas ou disfuncionais acerca da doença parecem contribuir para um aumento do sofrimento para os estes indivíduos (Cameron & Moss-Morris, 2010; Sobral, 2006). Por sua vez, um maior controlo pessoal e compreensão sobre a doença influencia um menor sofrimento global, constatando-se que estas percepções parecem contribuir para minimizar o sofrimento (Sobral, 2006).

Continuando com a análise, verificou-se que os pacientes com DC mais resilientes apresentavam níveis mais elevados de percepção de controlo pessoal e compreensão da doença e menores níveis de identificação de sintomas, preocupação e resposta emocional, ou seja, os pacientes mais resilientes apresentam uma maior capacidade de controlar e lidar com a doença (Angst, 2009), adaptando-se assim de forma mais adequada (Bonanno et al., 2007), o que contribui para diminuir as emoções negativas e

os sintomas físicos (Smith et al., 2008). Outro dado relevante é o facto dos pacientes mais resilientes apresentarem um menor sofrimento global, destacando-se que os indivíduos mais resilientes não apresentam um sofrimento tão profundo (Wessells, 2009). No decorrer desta investigação, a principal limitação com que nos deparamos e pode ter enviesado os resultados obtidos refere-se ao estado clínico dos pacientes, dado que muitos deles padeciam, no momento da recolha, de dores intensas, dificultando todo o processo, requerendo em diversos casos de um hetero preenchimento dos questionários.

Em suma, podemos afirmar que é certo que a dor para estes pacientes é inevitável, pois faz parte do seu quotidiano, compelindo-os a aprender a viver com ela. Porém, é demonstrado que o sofrimento destes pacientes pode ser minimizado, pois encontra-se associado à capacidade de resiliência de cada um, bem como a forma como percebem a doença sobressaindo a possibilidade de intervenções neste sentido.

REFERÊNCIAS

- Angst, R. (2009). Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 27, 253-260.
- Bonanno, G., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 671-682. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.671
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Cameron, L. & Moss-Morris, R. (2010). Illness-related cognition and behaviour. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinman (Eds.), *Health psychology*. (2ªed, pp. 149-161). West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Publishing
- Castro-Lopes, J., Saramago, P., Romão, J., & Paiva, M. (2010). *Pain proposal: A dor crónica em Portugal*. Retrieved from: http://www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer%20P%C3%BABlico/Not%C3%ADcias/Portugal_Country%20Snapshot.pdf
- Daniel, H., & Williams, A. (2010). Pain. In D. French, K. Vedhara, A. Kaptein, & J. Weinman (Eds.), *Health psychology*. (2ªed, pp.303-316). West Sussex: British Psychological Society and Blackwell Publishing
- Felgueiras, M., Festas, C., & Vieira, M. (2011). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3, 73-80.
- Ferrell, B., & Coyle, N. (2008). The nature of suffering and the goals of nursing. *Oncology Nursing Forum*, 35, 241-247. doi: 10.1188/08.ONF.241-247
- Gameiro, M. (2000). IESSD: Um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Revista Referência*, 4, 57-66.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133, 581-624. doi: 10.1037/0033-2909.133.4.581
- Melzack, R., & Wall, P. (1987). *O desafio da dor*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rosenblum, A., Marsch, I., Joseph, H., & Portenoy, R. (2008). Opioids and the treatment of chronic pain: Controversies, current status, and future directions. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 16, 405-416. doi: 10.1037/a0013628

- Smith, B., Dalen, J., Wiggins, k., Tooley, E., Christopher P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15, 194–200. doi: 10.1080/10705500802222972
- Sobral, H. (2006). Experiências subjetivas de sofrimento em doentes oncológicos: Percepção da doença e religiosidade. *Interacções*, 11, 147-162.
- Wagnild, G. (2009). *The resilience scale user's guide for the U.S. English version of the resilience scale and the 14-item resilience scale*. Montana: The Resilience Center.
- Wessells, M. (2009). Do no harm: Toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64, 839–854. doi: 10.1037/a0017107
- Zautra, A., Johnson, L., & Davis, M. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 212–220. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.212

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO EM SAÚDE PARA IDOSOS QUE VIVEM COM HIV

Maria Irene Ferreira Lima Neta  e Edna Maria Peters Kahhale

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), São Paulo, SP, Brasil

No Brasil a aumento da população idosa vem tornando o envelhecimento um relevante fenômeno mundial (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2002; Moreschi, Schaurich, Siqueira, Nicola, & Almeida, 2009). De acordo com o último censo realizado no Brasil, em 2010, a população era de 190.755.799 habitantes, representando um aumento de quase vinte vezes em relação ao primeiro realizado no país, em 1872, onde se tinha uma população de 9.930.478 habitantes. Neste aumento populacional tem-se o fortalecimento do fenômeno de envelhecimento, uma vez que 7,4% da população têm mais de 65 anos contra 4,8% em 1991 e 5,9% em 2000 (IBGE, 2011). Com isso vem aumentando também a expectativa de vida dos brasileiros, segundo o IBGE em 1980 uma pessoa com 60 anos tinha uma expectativa de vida até os 76,39 anos, passados 29 anos, esta mesma pessoa tem a média de vida aumentada em 21,27 anos, passando assim a ter uma expectativa de vida de 81,27 anos.

As razões apontadas para este aumento populacional dos idosos está ligada diretamente tanto ao aumento da expectativa de vida, como foi visto acima, quanto em melhorias nos cuidados em saúde-doença, menor índice de mortalidade e menores taxas de natalidade (Figueiredo & Provinciali, 2007; Rezende, Lima, & Rezende, 2009). A saúde ou melhoria desta para os idosos é preocupação constante da Organização Mundial de Saúde (OMS), de modo que no dia 4 de abril de 2012 a Organização Pan-Americana da Saúde/OMS Brasil comemorou o Dia Mundial da Saúde com o tema “Envelhecimento saudável e saúde das pessoas idosas”, visando melhorias para os cuidados da saúde das pessoas com mais de 60 anos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2012).

O envelhecer é inerente ao corpo humano, faz parte do ciclo vital, porém o modo como a pessoa chegará nesta – que é caracterizada como a última fase da vida, a velhice – suas capacidades físicas, mentais, sociais, profissionais, bem como de relações e modos de ser e agir, podem ser escolhidos ou planejados pelas pessoas no decorrer de sua vida. Os cuidados com a saúde ao longo da vida são uma forma de prevenção, e que irão fazer a diferença na velhice, pois as atitudes tomadas na juventude interferem no envelhecer. Deste modo “não são apenas os aspectos da atualidade do idoso, como boa saúde física e mental, que caracterizam a velhice como bem sucedida, pois esta necessita ser construída durante todo o ciclo de vida” (Lima & Coelho, 2011, p. 5).

 - Maria Irene Ferreira Lima Neta, Rua Cardoso de Almeida, 840 – São Paulo/SP – Brasil, Email: mariaireneneta@yahoo.com.br

Os cuidados com a saúde no decorrer dos anos podem vir a representar uma conquista, que culmina no prolongamento do viver, mas esta só vem a representar uma verdadeira conquista na medida em que haja qualidade aos anos restantes de vida (Veras, 2009). Com esta mudança no cenário populacional percebe-se que houve também uma mudança no estilo de vida das pessoas, pois os idosos que antes eram caracterizados por debilidades físicas e mentais, na actualidade, mostram-se mais ativos e independentes. Um exemplo disto é o aumento no número de idosos morando sozinhos, bem como da continuidade destes no mercado de trabalho mesmo após a aposentadoria (Motta, 2007).

Na actualidade os que têm mais 60 anos não se veem como velhos (termo utilizado com conotação de debilidade, dependência e passividade), pelo contrário, ao falarem desta fase carregam em suas falas uma distância considerável da velhice, sendo claro para eles que se encontram longe desta fase, mesmo carregando consigo 60 ou mais anos de vida (Rozendo & Justo, 2011). Se uma pessoa com 60 anos não sente a idade que tem, em razão de não ter nenhuma debilidade física, mental, ou por não ter tido mudanças significativas que venham a representar a entrada na última fase da vida, o mesmo pode não ser verdadeiro para as pessoas que vivem com uma doença crônica como o HIV. O vírus da imunodeficiência Adquirida (HIV) é o responsável por acelerar o processo de envelhecimento no corpo humano. O HIV pode ocasionar hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e musculares fazendo com que o corpo biológico envelheça com maior rapidez ou antes do esperado (Deeks, 2011).

Neste processo de envelhecimento acelerado ou prematuro, devemos lembrar que ao falarmos em pessoas com mais de 60 anos que vivem com HIV falamos em dois grupos. O primeiro composto pelos que vivem com o HIV há muitos anos, pois descobriram na fase adulta serem HIV⁺ e deste modo vem há anos em tratamento. Este grupo, em razão de já ser portador do HIV há mais tempo, pode sofrer um processo de aceleração do envelhecimento biológico, podendo-se afirmar até que as pessoas que fazem parte deste grupo podem estar em processo de degradação biológica maior que os que compõem o segundo grupo. Este, por sua vez, é formado pelas pessoas que descobriram a partir dos 60 anos serem HIV⁺.

Da mesma forma que houve um aumento dos idosos na população em geral, como visto anteriormente, também houve um grande aumento no número de casos de pessoas com mais de 60 anos que vivem com HIV. De acordo com o boletim epidemiológico DST – AIDS 2011, o total de casos notificados na faixa etária acima de 60 anos foi de 16.838 no período entre 1980 e 2011. Para perceber o relevante aumento, dividimos os números de casos notificados em dois grupos, o primeiro compreendido entre 1980 e 2000, e o segundo compreendido entre 2001 e 2011. No primeiro período registraram-se 4.761 casos, enquanto que no segundo foram registrados 12.077 casos. Deste modo, percebe-se que no período de 10 anos o Brasil teve um aumento de quase o triplo de casos notificados nos primeiros 20 anos da vivência com o HIV. Este aumento no número de idosos com HIV deve estar relacionado ao advento da terapia antiretroviral. Assim é chamado o tratamento medicamentoso realizado pelas pessoas que vivem com HIV. Este é o responsável por controlar o vírus no organismo humano proporcionando uma maior sobrevida. Este aumento nos mostra a eficácia do tratamento para a maioria. Portanto, o aumento no número de idosos soropositivos deve ser encarado positivamente, pois não significa tão somente a ocorrência de um maior número de casos, mas também do aumento da expectativa de vida para as pessoas que vivem com HIV.

Com os dados do aumento no número de idosos vivendo com HIV, o Ministério da Saúde, desde 2001, está atento para a necessidade de inclusão das pessoas com mais de 50 anos nas campanhas de prevenção à AIDS. E desta forma, em 2008, esta parcela da

população foi alvo da campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS com o slogan “Sexo não tem idade. Proteção também não”. A população alvo foi aquela a partir de 50 anos porque, para a Política Nacional DST/AIDS, são consideradas idosas as pessoas a partir desta faixa etária, e não apenas aqueles que possuem 60 anos ou mais, como prega o Estatuto do Idoso (Brasil, 2008; Portal da Saúde, 2008).

Esta campanha alertou para duas temáticas que são importantes serem abordadas ao se falar em idoso HIV⁺, a primeira diz respeito a um dos preconceitos com a vida sexual dos idosos que é o pensar que na velhice não se possa ter uma sexualidade ativa. A segunda é o uso do preservativo por parte das pessoas idosas. O aumento na frequência e qualidade da vida sexual do idoso é explicado, de um lado, pelo advento das medicações para impotência sexual (no caso dos homens) e reposição hormonal (no caso das mulheres). Porém, não é possível afirmar que apenas estas sejam as causas principais, pois as medicações para impotência sexual tem apenas 5 anos de existência e o HIV tem 31, ou seja, ignorava-se a prática sexual no envelhecimento (Almeida & Andrade, 2008; Caldas & Gessolo, 2007; Silva & Paiva, 2007).

A falta de informação tanto sobre o HIV/AIDS, quanto com relação ao uso do preservativo, também são motivos para a não incorporação da prevenção, bem como o medo da perda da potência e sensibilidade (Almeida & Andrade, 2008; Caldas & Gessolo, 2007; Silva & Paiva, 2007). Um outro fator relacionado a cuidados com a saúde na vivência com HIV está relacionado ao uso dos antiretrovirais, como foi abordado anteriormente, e devido a esta realidade já foram realizadas inúmeras pesquisas em relação à adesão ao tratamento e no caso dos idosos percebe-se que estes aderem com maior afincamento ao tratamento medicamentoso (Gorinchteyn, 2010). Há uma melhor aceitação da medicação por parte desta população. O costume de tomar remédios ocasiona a incorporação do tratamento à rotina das medicações já tomadas diariamente. Uma outra orientação para com os cuidados com a saúde na vivência com HIV é a recomendação de uma prática de atividade física, tanto que o Ministério da Saúde lançou uma cartilha intitulada “Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e Aids” (Data de publicação: 13.02.2012) (Ministério da Saúde, 2012). Nesta cartilha, o Ministério da Saúde orienta que a prática de exercícios físicos deve fazer parte das estratégias terapêuticas.

Diante deste cenário de cuidados com a saúde pós-diagnóstico de HIV⁺, este estudo teve por objetivo analisar os conceitos de saúde e doença para idosos que vivem com HIV, como também de analisar quais as práticas de cuidados praticadas por estes.

MÉTODO

Participantes

Participaram 37 pessoas que vivem com HIV/AIDS, sendo 24 homens e 13 mulheres, na faixa etária de 60 a 82 anos de idade, as quais eram convidadas na sala de espera de um Ambulatório de Infectologia da cidade de São Paulo/SP, Brasil. Observamos que 81,1% declaram seguir uma religião cristã; a casa em que vivem é própria para a maioria e todos relatam ter saneamento básico adequado em suas casas; 75,7% relatam ter filhos; na escolaridade, 45,8% dos homens tem ensino fundamental completo, diferentemente das mulheres, em que para 38,5% tem apenas ensino fundamental de 1ª a 4ª série.

Com relação ao trabalho, 58,5% dizem ser aposentados; a renda da família está entre 1 e 3 salários mínimos para a maior porcentagem; na quantidade de pessoas responsáveis pela renda da família, há uma diferença entre homens e mulheres, em que para a maior porcentagem dos homens (41,7%) apenas uma pessoa contribui e no caso das mulheres

a maior porcentagem destas (38,5%) de uma a duas pessoas fazem este papel. No estado civil, metade dos homens são casados e 53,9% das mulheres são viúvas, este dado apresenta-se correlacionado ao de ter ou não uma parceria afetiva-sexual, em que 54,2% dos homens afirmam que sim e para 84,6% isto não ocorre. Estes dados podem indicar que os homens conseguem seguir suas vidas afetiva-sexuais após o diagnóstico de HIV, enquanto que as mulheres, diagnosticadas HIV⁺ a partir do companheiro, em geral, e, portanto de uma traição conjugal, optam por não ter mais vida sexual ativa e, assim, se isolam ou se recusam a construir novas parcerias afetivas-sexuais.

Material

Os instrumentos utilizados para coleta dos dados consistiram em: entrevista com dados sóciodemográficos e questões relacionadas a saúde, doença, história do adoecimento e adesão ao tratamento.

Procedimento

Este estudo é um sub-projeto de um amplo trabalho intitulado “Relações de gênero e itinerário terapêutico: A transversalidade com a adesão ao autocuidado em saúde”, ao qual foi autorizado pelo comitê de ética em pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, Brasil, com sede no campus Monte Alegre, sob o protocolo de pesquisa nº 351/2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O procedimento de análise de dados foi realizado análise quantitativa e qualitativa utilizando o software SPHINX Brasil. Este programa nos proporcionou a percepção qualitativa das semelhanças entre os comportamentos dos idosos que vivem com HIV no que está relacionado aos objetivos da pesquisa.

RESULTADOS

Em relação aos dados relacionados a saúde, para os idosos a saúde está vinculada a várias descrições de cuidados com alimentação, sono, mas acima de tudo ao estar bem e isto podemos ver na fala do idoso abaixo.

Saúde para mim ela engloba um monte de coisas. Ela engloba o espírito, a saúde espiritual, emocional, a saúde do corpo, acho que você tem que estar bem em tudo isso, isso é saúde. Saúde não é só você tratar de seu dente ou de seu estômago ou de seu HIV, saúde é um conjunto. Para eu estar bem de saúde eu tenho que estar bem com o meu corpo, com o meu espírito, minha mente, eu tenho que estar bem com a minha família, com meus amigos, eu tenho que estar de bem com a vida, isso é saúde. (Homem)

Com relação aos cuidados necessários para se ter uma boa saúde, os idosos colocam em primeiro plano a descrição de levar uma vida saudável, que está vinculada a ter uma boa alimentação e sono. E com a fala do idoso abaixo podemos perceber que o agravamento da saúde na vivência com HIV proporcionou uma revisão em seus cuidados de saúde, de modo que concordamos com Sousa, Kantorski, e Biemann (2004) quando estes afirmam que o adoecer proporciona não apenas o contato com um corpo finito, mas acima de tudo um enriquecimento no existir.

Fazer aquilo que eu não fiz a vida inteira. Eu fui muito relaxado, eu vivia sem me preocupar com a saúde, com a alimentação, com nada. Eu não me preocupava com nada, só queria saber de farra. Trabalhava muito, demais, mas também aproveitava demais a vida. Agora já cansei de tudo isso. (Homem)

Na fala deste idoso também podemos identificar o que afirma Coelho (2007), que o idoso no voltar seu olhar para si mesmo faz uma revisão de seus conceitos de saúde. Veras (2009) nos fala que os cuidados com a saúde no decorrer da vida podem

proporcionar uma conquista, que é o prolongamento da própria vida. E com relação a isso inferimos duas coisas: primeiramente, tendo em vista a fala do idoso abaixo, podemos nos colocar a questão de que estes cuidados de saúde de forma prolongada podem ser difícil a manutenção, o que acaba fazendo com que a pessoa relaxe. E neste relaxar, quando a pessoa tenta voltar, pode não dar mais tempo, pois a idade está avançada e o corpo já está solicitando outros tipos de cuidados, tais como de medicações.

Cuidar de tudo, cuidar do corpo, cuidar de alimentação, cuidar de tudo, mas a gente relaxa, quando a gente resolve cuidar às vezes não dar mais tempo. (Homem)

E a segunda coisa relacionado ao que Veras (2009) assevera, é que, ao analisarmos os cuidados com a alimentação, a maioria dos idosos informaram que fazem uma alimentação específica, e para alguns deles estes cuidados de alimentação estão relacionados a sempre comer assim em razão de toda a sua família ter este hábito, e ao fato de sempre ter tido uma alimentação saudável. Estas duas descrições nos mostram que já havia uma preocupação anterior ao HIV nos cuidados com a saúde.

Porém, muitos mudaram os seus hábitos alimentares após o diagnóstico de HIV e isto é possível observar nas razões pelas quais adotar uma dieta específica, conforme ilustramos com duas falas abaixo.

Devido as informações que dão e por causa da medicação que faz as taxas aumentarem, então para controlar as taxas. (Mulher)

Depois que eu descobri o HIV eu mudei o meu ritmo de alimentação. Eu tenho diabetes, o colesterol sobe por causa da medicação, então por causa destes problemas eu cortei muita coisa na minha alimentação. (Homem)

De acordo com a fala do segundo idoso constatamos o que Deeks (2011) afirma de que o HIV pode ocasionar hipertensão, diabetes, problemas cardíacos e musculares, fazendo com que o corpo biológico envelheça com maior rapidez ou antes do esperado. Em nossa pesquisa constatamos que a maioria dos idosos soropositivos participantes (54,1%) relataram não praticar nenhum tipo de atividade física. Por outro lado, temos 46% que se preocupam com a saúde e seguem as recomendações médicas. Outros dois cuidados com a saúde, tais como fumar e beber notamos que também há uma preocupação entre os idosos soropositivos de modo que a maioria relata não fumar e nunca beber.

No autocuidado relacionado a uso de preservativo percebemos que 53,3% que tem uma relação afetiva-sexual informam que sempre usam o preservativo, porém para 40% o preservativo não é usado. E nesta percebemos categorias de análise utilizadas por Kahhale, Christovam, Esper, Salla, e Anéas (2010, p. 65), tais como “preciso e uso”.

É normal, não sentindo dificuldade nenhuma, eu errei em não ter usado. Agora uso direto. (Homem)

E uma outra categoria de Kahhale, et al. (2010, p. 66), que também identificamos na nossa pesquisa é a questão do uso assistemático, o idoso sabe que deveria, mas não usa, como nos ilustra as duas falas abaixo.

Não, às vezes a gente usa. Tem vezes que ela esta muito sensível aí não usa. (Homem)

Faz tempo que eu não tenho relação sexual com ela, depois do derrame eu não tive mais relação com ela, faz 3 anos né que ela teve o derrame. Mas, antes disso, a gente também não se prevenia porque ela tinha e eu tinha aí a gente não usava camisinha. (Homem)

Mas como a população desta pesquisa é de pessoas com mais de 60 anos, temos falas em que a incorporação do uso de preservativo não foi realizado devido a sua geração ter tido a educação com preocupação quase que exclusiva com a gravidez.

...a minha geração já é uma geração que já existia o anticoncepcional pílula, então não tinha porque usar o preservativo, a não ser que fosse por causa das DSTs conhecidas, como gonorreia, mas nos preocupávamos mais com a questão da gravidez que das DSTs. Então é uma geração que ficou vulnerável eu diria. É complicado de usar se a minha geração já não veio com isso. Eu percebo na geração do meu filho que eles compram a camisinha e já é uma coisa normal. (Homem)

Não usava porque na época eu tinha 49 anos e não se tinha mais esta preocupação em engravidar e aí nem imaginava, então em 1997, aí, é complicado. Isso às vezes eu me culpo, e penso “poxa, como eu fui deixar acontecer isso?” Eu tinha formação, tinha tudo, mas é que eu nem imaginava, era uma pessoa que trabalhava comigo, que fazia pouco tempo que estava separado, acho que um ano, tinha filhos. (Mulher)

Na fala desta última idosa percebemos dois dados importantes; o primeiro diz respeito a acreditar que por se relacionar com pessoas conhecidas pode-se estar imune, como nos colocam Silva e Paiva (2007), Sá, Callegari, e Pereira (2007), e Rezende, et al. (2009). A segunda coisa que percebemos na fala desta idosa é uma revisão de vida, afinal de contas ela tinha o conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis e do uso do preservativo, mas se deixou levar por ser uma pessoa de seu círculo profissional.

Partindo agora para as questões relacionadas à doença, analisamos primeiramente o que os idosos nos dizem com relação a quando se consideram doentes, sendo que para a maioria é quando não conseguem fazer as suas atividades diárias, mas para 31% esta consideração não existe, pois nunca se sentem doentes.

Olha eu não me considero doente, não tem essa consideração comigo, eu me considero uma pessoa que é preciso ter um cuidado com a saúde, não uma pessoa já doente assim. (Homem)

Este idoso nos fala que o HIV não deteriora o seu organismo a ponto de ser sentido fisicamente, e isto pode estar relacionado aos efeitos da medicação e à adesão ao tratamento. Na adesão ao tratamento notamos que a maioria declara seguir as recomendações médicas e, neste ponto, concordamos com Gorinchteyn (2010) quando certifica que o idoso adere com maior afinco ao tratamento medicamentoso. Com relação ao auxílio para lembrar da medicação, a maioria dos idosos informa que não precisa, pois é uma coisa pessoal. Este comportamento pode nos revelar tanto autonomia nos próprios cuidados de saúde, como também podemos pensar na vergonha, pois o fato de lembrar da medicação nos remete a direta ou indiretamente falar em HIV, o que é proibido para muitas famílias.

Assim pensamos em como é o restante da família nos cuidados com saúde e doença e os idosos nos informam que em geral há união e auxílio, mas alguns nos informam que há comportamentos diferenciados. E este, pelo que percebemos, está relacionado a aprendizados com a família de origem.

A gente corre atrás para resolver sempre. Eu sempre fui mais desleixado, a minha mulher é de tomar muitos remédios por dia, já vem do histórico familiar dela, a casa dela, a família dela já é assim. Toma complexo vitamínico, e não sei o que. Eu já sou totalmente limitado, tomo o estritamente necessário e meu filho já está mais para a minha mulher. (Homem)

Se precisa ir no médico eles vão. Eles tomam um remédio em casa também, já meu marido tudo para ele é farmácia, procura a farmácia, e eu não só vou no

médico e na farmácia em último caso, prefiro um remédio caseiro mesmo. Ofereço aos meus filhos o caseiro também, mas eles não aceitam. (Mulher)

Assim, partimos para a questão da descoberta do diagnóstico de HIV⁺ para tentarmos detectar se estes comportamentos de união e auxílio foram incorporados uma vez que a maioria descobriu por já estar se sentindo mal ou doente. A maioria dos idosos na descoberta do HIV estava com algum familiar, pois em alguns casos sentiram-se mal, e buscaram atendimento médico; outros estavam internados e uma outra parcela passou mal em casa e foi socorrido por familiares, e outros devido ao diagnóstico do companheiro(a). Nestes casos é o que constatamos nas razões para contar como “não fui eu que contei”(18,6%) e “ficaram sabendo junto comigo”(14%).

E para finalizar a nossa análise dos resultados, abordaremos a questão de como é o viver com uma doença crônica como o HIV. Para a maioria há o relato de que vive uma vida normal, e a isto podemos remeter de que a continuidade da experiência de vida é realizado a medida que se dá significado a mesma. Para alguns este significado foi dado procurando esquecer do HIV em seu dia-a-dia, para outros viu no diagnóstico de HIV uma oportunidade de passar a se cuidar para ter um prolongamento da vida com HIV com a qualidade que for possível.

...eu ignoro totalmente eu levo uma vida normal. Como eu disse não sou de beber, bebo socialmente um vinho de vez em quando, uma cerveja de vez em quando, mas não tomo bebida alcoólica, drogas muito menos. E olha eu vou te dizer sinceramente eu levo uma vida como se não tivesse absolutamente nada, levo uma vida normal. Se eu falar para você que tive algum problema por ser portador do vírus eu estou mentindo. Nunca tive nada. Continuei trabalhando, praticando esporte. Eu jogo tênis, faço natação, faço caminhada, tenho vida normal e nem me passa pela cabeça, quando eu vou deitar, que eu encosto a cabeça no travesseiro, que eu tenho esse tipo de problema. Acho que até isso seja um fator positivo. (Homem)

Eu não tenho dificuldade nenhuma, nunca tive nenhuma complicação, muito pelo contrário, está sempre controlado. Para mim, graças a Deus, o que eu vou falar agora pode ser uma demagogia, mas depois que eu descobri que eu estava com HIV eu passei a ser Feliz, porque eu parei de beber, eu parei de fumar, parei de ir para a gandaia, eu passei a me cuidar, a minha família passou a gostar mais de mim, porque eu estava perdendo o respeito dos meus filhos, eu bebia demais, fazia o maior inferno na vida de todo mundo, porque o bêbado só ele tem razão, só ele que sabe, quer dizer o álcool vira na sua casa um desastre, eliminei o álcool, eliminei as drogas, então estou feliz, as pessoas passam a gostar mais de você, passam a te respeitar, você passa a ter dignidade. (Homem)

DISCUSSÃO

Concluindo, neste estudo com relação ao autocuidado no idoso HIV⁺, acreditávamos na hipótese de que o diagnóstico de HIV⁺ para esta população poderia ser desencadeador de práticas de autocuidado. Estas foram percebidas no sentido da maioria não fumar, nunca beber e ter adotado uma alimentação específica, mas com relação a atividade física a minoria pratica. Portanto, verifica-se que a equipe de saúde pode ser mais enfática com os idosos a fim destes seguirem esta prática, de forma a cumprir as orientações do Ministério da Saúde que incentiva as pessoas que vivem com HIV a praticar atividade física.

No que diz respeito à alimentação, a maioria relatou fazer uma alimentação específica, mas neste aspecto devemos considerar que não é possível se ter uma

alimentação muito diferenciada e balanceada, pois o nível socioeconômico da maioria dos participantes está entre um e três salários mínimos, de modo que uma alimentação mais elaborada não era possível. No que está relacionado aos conceitos de saúde foi possível notar que o diagnóstico de HIV proporcionou uma revisão de suas vidas, tanto no que diz respeito a seus comportamentos e relações afetivo-sexuais, quanto com relação a sua saúde e formas de cuidados com a mesma.

Uma preocupação é o grande número de idosos que relataram não fazer uso do preservativo e, portanto, não se cuidarem nem cuidar da pessoa com quem está se relacionando afetivo-sexualmente, correndo o risco de se re-infectarem e mesmo infectarem a seus parceiros. E por fim percebemos que os idosos soropositivos que participaram de nossa pesquisa mostram-se independentes em seus cuidados de saúde. Isto pode ser reflexo tanto da plena atividade do idoso no mundo atual, quanto do fato dos cuidados com o HIV poderem remeter a mágoas e ressentimentos que os mesmos querem esquecer.

REFERÊNCIAS

- Almeida, C. F., & Andrade, M. (2008). Promoção da saúde na prevenção de HIV/Aids em pessoas com 60 anos ou mais. *Informe-se em Promoção de Saúde*, 4, 22-24.
- Brasil. (2008). *Pessoas acima de 50 anos são tema da campanha do Dia Mundial da Luta contra a Aids*. 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/pessoas-acima-dos-50-anos-sao-tema-da-campanha-do-dia-mundial-de-luta-contra-aids>.
- Caldas, J. M. P., & Gessolo, K. M. (2007). Aids depois dos 50: Um novo desafio para as políticas de saúde pública. In *VII HIV/AIDS virtual congress: O VIH/SIDA na criança e no idoso* (pp. 127-132). Santarém: SIDAnet – Associação Lusófona.
- Coelho, M. R. V. P. (2007). Visitando a fase última. In C. M. O. Cervenly & C. M. E. Berthoud, *Visitando a família ao longo do ciclo vital* (3ª ed, pp. 127-160). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Deeks, S. G. (2011). HIV infection, inflammation, immunosenescence, and aging. *Annual Review of Medicine*, 62, 141-155. doi:org/10.1146/annurev-med-042909-093756
- Figueiredo, M. A., & Provinciali, R. M. (2007). HIV/AIDS em pessoas idosas: Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In *VII HIV/AIDS virtual congress: O VIH/SIDA na criança e no idoso* (pp. 21-26). Santarém: SIDAnet – Associação Lusófona.
- Gorinchteyn, J. (2010). *Sexo e AIDS depois dos 50*. São Paulo, SP: Ícone.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. *Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica*. Número 9. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: População do Brasil é de 190.755.799 pessoas*. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1866>
- Kahhale, E. P., Christovam, C., Esper, E., Salla, M., & Anéas, T. (2010). *HIV/AIDS: Enfrentando um sofrimento psíquico*. São Paulo, SP: Cortez.
- Lima, P. M. R., & Coelho, V. L. D. (2011). A arte de envelhecer: Um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31, 4-19. doi:org/10.1590/S1414-98932011000100002

- Ministério da Saúde. (2012). *Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Disponível em: http://aids.gov.br/publicacao/2012/recomendacoes_para_pratica_de_atividade_fisica_para_pessoas_vivendo_com_hiv_e_aids
- Moreschi, C., Schaurich, D., Siqueira, D. F., Nicola, G. D. O., & Almeida, S. L. M. (2009). Envelhecimento e aids: Reflexões do acometimento do HIV em pessoas acima de 50 anos. In *Anais do Seminário Internacional "Bioética e saúde pública: Desafios e perspectiva"* (pp. 97-100). Santa Maria, RS. Moreta
- Motta, A. B. (2007). Família e gerações: Atuação dos idosos hoje. In A. Borges & M. G. Castro (Orgs.), *Família, gênero e gerações: Desafios para as políticas sociais* (pp. 111-134). São Paulo, SP: Paulinas.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2012). *Celebração do dia mundial da saúde*. Disponível em: http://new.paho.org/bra/index.php?option=com_content&task=view&id=2800&Itemid=1
- Portal da Saúde. (2008). *Quem disse que idoso não pode ter vida sexual? Pelo contrário, não só podem, como devem. Sexo na terceira idade pode ser um aliado ao bem estar*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33765&janela=1
- Rezende, M. C. M., Lima, T. J. P., & Rezende, M. H. V. (2009). Aids na terceira idade: Determinantes biopsicossociais. *Estudos: Goiânia*, 36, 235-253.
- Rozendo, A., & Justo, J. S. (2011). Velhice e terceira idade: Tempo, espaço e subjetividade. *Revista Kairós Gerontologia*, 14, 143-159.
- Sá, A. M. S., Callegari, F. M., & Pereira, E. T. (2007). Conviver com HIV/aids: Concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. *Ser Social. Brasília*, 21, 259-284.
- Silva, L. S., & Paiva, M. S. (2007). Vulnerabilidade ao HIV/aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. *VII HIV/AIDS virtual congress: O VIH/SIDA na criança e no idoso* (pp. 85-104). Santarém: SIDAnet – Associação Lusófona.
- Sousa, A. S. S., Kantorski, L. P., & Bielemann, V. L. M. (2004). A Aids no interior da família – Percepção, silêncio e segredo na convivência social. *Acta Scientiarum. Health Sciences. Maringá*, 26, 1-9. doi: 10.4025/actascihealthsci.v26i1.1603
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, 43, 548-554. doi:org/10.1590/S0034-89102009005000025

PERCEÇÕES SOBRE O ABUSO SEXUAL DE MENORES NUMA AMOSTRA NORMATIVA

Ricardo Ventura Baúto  e Jorge Cardoso

Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz e Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde-
ISPA-IU

As questões levantadas nas últimas décadas acerca da génese dos comportamentos de abuso sexual de menores têm permitido o desenvolvimento de diversas abordagens na investigação deste fenómeno. Diversos estudos procuraram encontrar factores explicativos e/ou precipitadores da passagem ao ato. De uma forma categórica a sociedade reconhece que o abuso sexual de menores constitui uma prática moralmente condenável, com consequências a médio/longo prazo junto das vítimas, o que implica a responsabilização legal do agressor. Já no que diz respeito às percepções por parte dos abusadores relativamente aos seus actos, verifica-se uma tendência para interpretações distorcidas da realidade. As distorções cognitivas apresentam-se como um elemento chave na compreensão da forma como os indivíduos neutralizam o desconforto causado pela perpetração deste tipo de crime, facilitando, aparentemente, a passagem ao ato e/ou a manutenção dos comportamentos abusivos.

No que diz respeito à intervenção terapêutica junto destes indivíduos, tem-se verificado que quanto maior for o nível de enraizamento destas distorções, menor será a eficácia no tratamento. Nesta medida, torna-se indispensável a avaliação e compreensão das distorções cognitivas, por forma a desmontá-las de forma adequada. O conhecimento empírico acerca das distorções cognitivas encontra-se em dois vectores, nomeadamente a forma como estas se desenvolvem e a sua relação com outras características individuais do sujeito. Os resultados de investigação resultantes de estudos comparativos entre populações forenses e não forenses, permitiram demonstrar o impacto das distorções cognitivas nos comportamentos de abuso sexual.

Esta investigação centra-se na população geral, visando verificar se existem diferenças entre os géneros, habilitações e profissão no que diz respeito às distorções cognitivas e crenças associadas, assim como se as atitudes sexuais associadas à instrumentalização sexual se relacionam com níveis de distorção e legitimação de práticas sexuais com crianças.

Finkelhor (1984) enfatizou a necessidade de uma explicação multifatorial dos elementos motivadores da orientação de um indivíduo adulto para ter relações sexuais com uma criança, assim como do que contribui para a manutenção dos comportamentos de abuso ao longo do tempo. Tendo em conta a complexidade dos mecanismos que estão relacionados com esta forma de abuso, tem-se verificado uma pluralidade de

 - Ricardo Jorge Ventura Baúto, Praceta Major Cabrita nº6 3ºc, 2700-543 Amadora, E-mail: ricardobauto@gmail.com

conceptualizações sobre o abuso sexual de menores, ainda que a maioria estas se centrem em pressupostos semelhantes.

Browne e Finkelhor (1986) definem abuso sexual de menores, como qualquer ato ou experiência de cariz sexual entre indivíduos com uma diferença etária mínima de cinco anos, apresentado um deles, idade inferior a 16 anos. Mais recentemente a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera este fenómeno como

(...) o envolvimento de uma criança em atividades sexuais que esta não compreenda, às quais não tenha capacidade para dar o seu consentimento, para as quais não esteja preparada do ponto de vista do seu estágio de desenvolvimento, ou ainda em atividades sexuais que constituam uma violação das leis ou normas sociais (OMS, 2006, p.7).

Do ponto de vista legal, este tipo de comportamento enquadra-se nos crimes contra a autodeterminação sexual de crianças, previsto e punido pelo artigo 171º do Código Penal. Sublinhe-se que muito embora não exista uma definição concreta do que significa abuso sexual na perspetiva da lei penal, fica patente que o ato em si é punível a partir do momento que apresente matéria factual suficiente para se confirmar a existência de “(...) ato sexual de relevo com menor de 14 anos (...) onde este configura na prática a existência de contacto sexual através de cópula, coito anal, coito oral ou introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objeto” (Código Penal, 2009, p.106).

De uma forma abrangente, o abuso sexual remete para atividades sexuais envolvendo crianças em situação de estimulação sexual (devendo excluir-se qualquer ocorrência de contacto com os genitais relacionada com a prestação de cuidados de higiene e de saúde). O abuso sexual pode subdividir-se através da existência ou ausência de contacto. O primeiro remete para a interação sexualizada com o corpo da criança, incluindo o recurso a objectos para fins de estimulação das diferentes cavidades de associação sexual, bem como beijos erotizados. Pode ainda suceder a coação da vítima para o toque em áreas sexuais do agressor (Finkelhor, 1994).

Por vezes o abuso sexual de menores é confundido com o quadro clínico de pedofilia. Sendo verdade que existem agressores que abusam sexualmente de crianças e que são pedófilos, nem sempre isso se verifica. O diagnóstico diferencial de pedofilia está nosologicamente definido como um quadro psicopatológico do tipo parafílico. É possível identificar nestes sujeitos, a existência de fantasias, impulsos ou comportamentos sexualmente excitantes e recorrentes onde o objecto de desejo sejam crianças impúberes (Gomes, 2003). Não obstante disso, o pedófilo poderá nunca concretizar o comportamento abusivo sobre uma criança, contrariamente ao que acontece por definição, com um abusador sexual. Paralelamente, muitos abusadores sexuais não apresentam foco parafílico preferencial por crianças, procurando essencialmente obter gratificação sexual. A sociedade tende a relacionar o abuso sexual de menores, com um passado de exposição, direta ou indireta, a comportamentos de agressão sexual. No entanto as estatísticas sugerem que apenas 25% a 40% (Groth, 1979, citado por Marshall e Barbaree, 1990) foram realmente abusados, contrariando o mito de existência de uma relação causa-efeito.

Segundo Stermac e Segal (1989), os agressores sexuais de crianças diferem de outros agressores no tipo de cognições e crenças expressas, considerando que estes assumem que as crianças terão discernimento sobre a sua sexualidade, desejando ter sexo com um adulto, ou ainda na ausência de dano infligido aos menores. Ward e Keenan (1999) referem que os agressores recorrem a teorias implícitas para realizar inferências sobre o atual e futuro estado mental e de comportamento das vítimas. Assim, é defendido que estes sujeitos irão realizar uma interpretação do mundo social congruente com a ofensa, apoiando-se em informações e conhecimentos pré-existentes, formulando

uma interpretação ambígua e consistente com as suas crenças pessoais (Ward, Hudson, Johnston, & Marshall, 1997).

Alguns autores como Ward e Keenan (1999) têm explorado estas linhas de raciocínio, argumentando que existem crenças que procuram justificar e racionalizar os comportamentos abusivos. Assim, o processo de negação que está muitas vezes associado aos comportamentos de abuso pode ser entendido como uma redução da responsabilidade pelos atos, levando a uma reforço dos mesmos, por via de crenças distorcidas e outros processos de pensamento associados (Schneider & Wright, 2004).

Horley (2000) afirma que a maioria, se não mesmo todos os abusadores sexuais de crianças, apresentam alguma distorção cognitiva ou crenças sobre a relação adulto-criança no que concerne ao sexo. Todavia, considera que a questão central consiste no desconhecimento de quais os tipos específicos de distorções e quais os níveis de risco associados às várias visões de distorção. Por sua vez, Auburn (2010) refere que os agressores sexuais apresentam um conjunto de crenças, atitudes e percepções, indispensáveis para a perpetração de comportamentos disruptivos. O autor enfatiza que as crenças distorcidas ou percecionadas de forma errónea estão diretamente relacionadas com a minimização da responsabilidade face ao crime. Estes mecanismos permitem ao abusador despersonalizar-se de responsabilidade e promover justificações para a prática, através da negação e a refutação das práticas sexuais com crianças (c.f., Schenider & Wright, 2004).

As teorias implícitas acerca das vítimas encontram-se estruturadas através de duas dimensões, crenças e desejos (Ward, 2000). Todavia, verificam-se algumas evidências que põem em causa a ideia de que as distorções cognitivas têm necessariamente de envolver as teorias implícitas ou crenças centrais que dêem suporte a estes comportamentos (e.g. Gannon & Polaschek, 2005; 2006; Gannon, Wright, Beech, & Williams, 2006; Keown, Gannon & Ward, 2010). Gannon e Polaschek (2006) sugerem que talvez a maior dúvida acerca das distorções cognitivas, remeta para a dificuldade em compreender se estas representam algum tipo de estrutura de crença permanente, ou se são apenas um dissonância temporária, facilitadora e justificativa do comportamento dos agressores (Gannon, 2009; Gannon, Ward, & Collie, 2007; Mann & Beech, 2006).

As teorias mais recentes acerca do abuso sexual têm procurado explicar os mecanismos psicológicos associados à passagem ao ato. Constou-se a presença de uma estreita relação entre o desenvolvimento cognitivo do indivíduo e a percepção que este apresenta acerca dos seus comportamentos. Têm surgido de forma recorrente na literatura, dados que apontam para a existência de percepções erróneas elaboradas pelos agressores e que suportam as justificações e minimização dos comportamentos criminais. Constatamos a existência de diferentes modelos explicativos do abuso sexual de menores, ainda que a nossa abordagem conceptual remeta para as teorias explicativas associadas às distorções cognitivas.

Diversos autores têm tentado esclarecer o significado objetivo do conceito de distorção cognitiva. Abel, Becker, e Cunningham-Rathner (1984), Abel et al. (1989) assim como Ward e Keenan (1999) argumentaram tratar-se de um tipo de estrutura de crença. Por outro lado, Gannon e Polashcek (2006) enfatizam a componente de autonegação face a práticas reprováveis socialmente. Por último, encontramos os que referem tratarem-se apenas de justificações que surgem após a prática dos abusos, como forma de se protegerem face à sociedade. Assim, Maruna e Mann (2006) consideram que o termo distorção cognitiva é empregue com falta de clareza e objetividade, enfatizando que esta designação é habitualmente utilizada para referir três fenómenos: legitimação da ofensa com base em crenças e atitudes, processamento cognitivo, e neutralizações posteriores, referentes a desculpas ou justificações por parte do agressor.

Incontornável parece ser o papel das crenças na manutenção dos abusos, desenvolvendo-se ao longo do período em que ocorrem estes comportamentos. Estes serão aparentemente reforçados por cada ato perpetrado, o que permitirá a sua manutenção (Mann, Webster, Wakeling, & Marshall, 2007).

As teorias das distorções cognitivas podem ser divididas entre aquelas que se centram nos processos cognitivos posteriores aos comportamentos sexualmente desviantes (e.g. Abel et al., 1989); e os construídos em torno das estruturas cognitivas que se supõe precederem e acompanhar a agressão (e.g. Ward, 2000). Abel et al. (1984) sugerem que se tiver ocorrido um processo de desenvolvimento sexual privado de uma adequada compreensão das normas e expectativas sociais no que concerne a comportamentos normativos do sexo, poderão ocorrer práticas sexuais desviantes. Enfatizam ainda que o indivíduo face a estas circunstâncias pode desenvolver uma consciência repartida entre o que é socialmente aceite como normativo e, por outro lado, as suas preferências sexuais. Mais tarde, estes autores viriam a reforçar a sua teoria, acrescentando tratar-se de um processo cognitivo do agressor, onde se incluem as suas perceções e juízos utilizados para racionalizar e justificar o seu comportamento, mas onde se verifica uma ausência na atribuição pessoal de culpa, ansiedade ou perda de autoestima.

Posteriormente Ward e Keenan (1999) e Ward (2000) desenvolveram trabalho em torno da existência destas perspetivas, baseando o seu trabalho em cinco teorias implícitas. Estas procuravam enquadrar as distorções cognitivas tipicamente identificadas em abusadores sexuais de menores, com base na forma e conteúdo da distorção evidenciada: a criança como ser sexual, o mundo perigoso, direitos, incontrolabilidade e a natureza do dano.

As “crianças como seres sexuais” remetem para a crença de que os menores vítimas de abuso são seres sexualizados que gostam e procuram ter sexo com adultos (e.g., um abusador sexual de menores pode interpretar um abraço de uma criança como sendo um indicador de desejo sexual dirigido para o adulto) não reconhecendo a existência de qualquer dano causado à vítima. A “natureza dos danos” assenta em duas crenças fundamentais: o dano existe apenas perante uma reiteração na prática ou extremamente intrusiva; ou a agressão em si é inócua, não causando qualquer efeito negativo ou dano junto do menor. (e.g. os abusadores podem argumentar que a carícia é inofensiva quando comparada com outros abusadores sexuais que recorrem à força física). O “mundo perigoso” apresenta duas perspetivas: a crença central de uma sociedade hostil e ameaçadora, onde todos os indivíduos (inclusivamente as crianças), apresentam características hostis e de rejeição, pelo que o abuso sexual será a única forma eficaz de lidar com a situação, para que possam ser controlados e dominados; ou a criança como uma representação de segurança no que concerne ao evitamento da rejeição por parte do agressor e garantia de obtenção de um parceiro sexual. A “incontrolabilidade” remete para um comportamento que influenciado por fortes impulsos e emoções, sendo estes justificados pelo agressor com base na incapacidade de controlar os seus desejos sexuais e culpando o menor por esse facto (são recorrentes as justificações baseadas no consumo excessivo de substâncias psicoativas). Por último verifica-se ainda o suposto “direito” do agressor sobre a vítima, sustentado por um sentimento exagerado de autoimportância, que lhes confere o direito de não cumprir as normas sociais, sendo permitidas práticas sexuais com menores.

Ward (2000) enfatiza que estas teorias implícitas se desenvolvem no início da infância, constituindo resposta a experiências ocorridas ao longo do processo de desenvolvimento sexual. Essa perspetiva está em sintonia com os resultados de Mihailides, Devilly e Ward (2004) que constatarem a existência de diferenças

significativas nos resultados obtidos numa amostra de estudantes universitários, verificou-se que indivíduos mais velhos apresentavam aquilo que os autores consideraram ser, indícios de um reforço das crenças de conteúdo implícito com a idade. Este trabalho evidenciou ainda a existência de crenças mais vincadas relativamente ao conteúdo implícito em agressores sexuais de menores, quando comparados com populações normativas. Ward e Hudson (2000) sugerem a existência de um planeamento do comportamento de agressão sexual é explícito, sistemático e analítico, ainda em algumas situações estas características possam indicar que estes mecanismos funcionam de forma implícita e intuitiva. Estas teorias implícitas ao associarem-se a níveis de excitação sexual com carácter desviante podem apresentar características de maior coesão e complexidade (Marziano, Ward, Beech, & Pattison, 2006; Ward, 2000). Ward e Keenan (1999) descrevem a existência de mecanismos disfuncionais, assim como défices ao nível das competências na intimidade. No que diz respeito ao primeiro aspeto, os indivíduos que apresentam estes comportamentos tendem a obter gratificação sexual por via de relações impessoais, onde imperam as práticas sexuais meramente instrumentais (i.e. gratificação sexual sem envolvimento emocional); relativamente aos défices nas competências de intimidade, estes tendem a relacionar-se com a perceção das crianças como parceiros íntimos legítimos, capazes de discernir e consentir na relação. Estes sujeitos tendem a apresentar uma incapacidade de controlo emocional e na identificação das emoções expressas pelas vítimas. Nesta mesma linha de análise, Fávero (2003) reforça a perspetiva de que indivíduos com este tipo de características e a quem se lhe imputa a responsabilidade de terem tido práticas sexuais com menores o fazem sob uma instrumentalização da criança, ou seja, pela obtenção de gratificação sexual, sendo que o mesmo se aplica à permissividade manifestada por estes sujeitos em relação à prática sexual em si.

Ward e Siegert (2002) apresentam uma alternativa conceptual às teorias mais difundidas acerca das distorções cognitivas de abusadores sexuais de menores. O modelo proposto procurou integrar as características comuns e únicas das teorias explicativas já existentes, abordando as variáveis etiológicas da agressão com base nos fatores emocionais e interpessoais, assim como dos défices associados à distorção cognitiva. Este modelo contempla a existência de pathways percussores do abuso sexual de crianças (que configuram o percurso de vida do indivíduo, em associação com fatores contextuais) com um foco de origem associado a um mecanismo disfuncional de onde derivam as agressões (Ward & Siegert, 2002). É igualmente postulada a possibilidade de se agregar a base dos abusos sexuais, através de quatro fenómenos (i.e. pathways): a) a dificuldade na identificação dos estados emocionais e no controlo dos mesmos; b) défices nas relações interpessoais e isolamento; c) distorções cognitivas; d) fantasias sexuais. Ward e Siegert (2002) referem que estes mecanismos devem ser tidos como relevantes na avaliação da génese do comportamento de abusadores sexuais de menores, apresentando características de forte impacto na possibilidade de passagem ao ato.

Ward et al.(2006) viriam a rever o seu modelo teórico, voltando dirigir o seu foco de análise às teorias implícitas (c.f. Ward & Keenan, 1999). Os autores acrescentam outros mecanismos que se podem verificar nestes indivíduos, relevando o impacto da formulação dos juízos que envolvem as crenças, os valores e as ações. Este modelo, designado de Julgamento das Distorções Cognitivas de abusadores sexuais de menores descreve às crenças como derivando da interação entre indivíduo e o meio social. Face a estas condições, poderão desenvolver-se perceções adequadas ou distorcidas, onde as últimas são passíveis de dar suporte à perpetração e/ou manutenção de comportamentos de abuso sexual. Os mesmos autores referem ainda que na fase inicial a crença pode ser

adequada, posteriormente, através da exposição a estímulos desadequados, podem surgir crenças desviantes. O mesmo se verifica para os valores, que estando na base das ações, estão intimamente relacionados com os juízos de valor, moldando as experiências do indivíduo face ao seu meio social. Esta ideia coaduna-se com a tentativa de satisfação das necessidades do indivíduo e determina a ação com base em informação limitada. Verificam-se ainda ações que acarretam uma verbalização de suporte ao abuso, funcionando como um mecanismo de autoproteção do sujeito, sendo que o seu uso reiterado e continuado pode desencadear nos abusadores sexuais, a convicção no discurso que produzem (Ward, 2006; Ward, Keenan, & Gannon, 2007).

Ward e Casey (2010), relativamente aos modelos de Abel e colaboradores (1984) e Ward (2000), defendem que ambos se focam nas estruturas e processos psicológicos dos indivíduos, não apresentando explicações significativas para as influências sociais e do meio, excetuando o possível impacto que estas têm nos processos de aprendizagem (i.e. as distorções cognitivas procuram reduzir ou evitar os sentimentos de culpa através da justificação dos comportamentos). Ainda assim, estes autores mencionam como positivo, o facto de ambas as teorias reconhecerem as distorções cognitivas como estruturas complexas, que persistem durante o período de agressão, por forma a permitir a diminuição do impacto negativo gerado junto do agressor. É reforçado igualmente o facto de ambos os modelos se referirem às distorções cognitivas como elementos revestidos de uma dualidade sensorial (i.e. perceção) e motora (i.e. passagem ao ato abusivo). Sintetizando, Ward e Casey (2010) consideram existirem dois modelos a reter sobre distorções cognitivas no abuso sexual de crianças, aqueles que centram o seu foco na ofensa após a perpetração do abuso e nos processos cognitivos associados (e.g. Abel et al., 1984;1989); e aqueles que se direcionam para a análise das estruturas cognitivas que sustentam as distorções como elementos facilitadores e de manutenção da agressão (Ward, 2000; Ward & Keenan, 1999).

Hartley (1998) reforça esta perspetiva, enfatizando que os abusadores sexuais não restringem a racionalização à justificação pós-acontecimento, mas sim, como forma de ultrapassarem os constrangimentos da passagem ao ato. Esta teoria é corroborada por Finkelhor (1984; 1994), a respeito da existência de quatro pré-condições que precedem a agressão sexual. É possível estabelecer um paralelo entre estas pré-condições e a distorções cognitivas, mais concretamente através da segunda pré-condição, que remete para a superação das inibições internas, através da justificação e racionalização das ações perpetradas. A segunda pré-condição remete assim para a necessidade de superar a resistência da criança à aproximação do potencial agressor. Estas podem envolver gratificações em forma de presentes, ameaças e/ou coação física) (Ward & Beech, 2006a). Finkelhor (1984) descrevendo os fatores psicológicos, tais como perturbações de personalidade, fatores precipitantes na vida do sujeito, e/ou intoxicação através de substâncias psicoativas (e.g. álcool, estupefacientes) como elementos desinibidores da passagem ao ato. Resumindo, poderemos assumir que as distorções cognitivas podem surgir em diferentes etapas do comportamento criminal, com o intuito de reduzir inibidores internos, tais como a vergonha e a culpa, sendo que a redução desses estados negativos (antes e/ou após uma agressão sexual) poderão sustentar a motivação para esse comportamento (Ward et al., 1997).

Esta investigação procurou averiguar a existência de crenças e distorções cognitivas numa amostra normativa, refletindo se estas poderão surgir, associadas ou não, a atitudes sexuais identificadas em abusadores sexuais.

MÉTODO

Participantes

Este estudo foi constituído por uma amostra de 1193 participantes, residentes em Portugal, com acesso à internet. Do total de respondentes, 45,3% são do sexo masculino ($n=541$) e 54,6% são do sexo feminino ($n=651$). As idades dos participantes variam entre os 18 e os 74 anos ($M=27,25$; $DP=9,62$), tendo posteriormente sido agrupadas em classes etárias: 13,3% tem menos de 20 anos ($n=159$), 46,6% está entre os 20 e os 25 anos ($n=556$), 22,6% entre os 26 e os 35 anos ($n=270$), 9,8% tem entre 36 e 45 anos ($n=117$) e 6,3% mais de 45 anos de idade ($n=75$) (quadro 1).

Quadro 1

Análise descritiva por escalão etário

	Frequência	Percentagem
<20	159	13,3
[20;25[	556	46,6
]25;35]	270	22,6
]35;45]	117	9,8
>45	75	6,3
Omissos	16	1,3
Total	1193	100,0

Relativamente ao estado civil, 75,1% dos participantes são solteiros ($n=896$), 20,3% são casados ou vivem em união de facto ($n=242$), 4,2% dos inquiridos são divorciados ou separados ($n=50$) e 2% são viúvos ($n=2$). No que diz respeito às habilitações literárias, verificou-se que a escolaridade mínima dos participantes é o 3º ciclo (5º ano liceal) com 1,9% da amostra ($n=23$). 36% dos participantes ($n=429$), apresentam habilitações a nível do Ensino Secundário (7º ano liceal), 3,7% tem Bacharelato ($n=44$), 43,8 são Licenciados ($n=523$), 13,1% obtiveram o grau de Mestre e por último, 1,4% concluiu um Doutoramento ($n=17$). Verifica-se assim que 62% da amostra tem formação a nível do Ensino Superior. Devido à multiplicidade das respostas proceder-se à sua categorização com base no nível de qualificação para o desempenho das funções. Faz-se ainda referência aos participantes que são estudantes, reformados ou que se encontram desempregados (quadro 2).

Quadro 2

Análise descritiva por profissão

	Frequência	Percentagem
Técnico Superior	317	26,6
Técnico Especializado	60	5,0
Administrativo	47	3,9
Operário Qualificado	32	2,7
Operário Não Qualificado	41	3,4
Estudante	339	28,4
Desempregado	11	0,9
Reformado	5	0,4
Omissos	339	28,4
Total	1193	100,0

Matérial

Escala de Cognações (EC; Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984; traduzida por Baúto & Cardoso, 2011)- Os itens presentes na escala, remetem para as dinâmicas entre a criança e o adulto a nível sexual, percepções do indivíduo acerca das mesmas, assim como dos impactos, expectativas de aceitação destes comportamentos na sociedade e as razões que sustentam os mesmos. Trata-se de um instrumento de autorrelato composto por 27 itens através do recurso a uma escala do tipo Lickert de 5 pontos (1 = *concordo totalmente*, 5 = *discordo totalmente*). Após a análise fatorial exploratória do instrumento, verificámos a necessidade de renomear as subescalas, de acordo com o agrupamento dos itens e com base na literatura de referência para o tema. As suas subescalas são: “Benefício nas Práticas Sexuais entre Adultos e Crianças”, “Capacidade de Decisão e Iniciativa da Criança nas Práticas Sexuais”, “Percepção Positiva de Práticas Sexuais com Crianças”, “Criança como Ser Sexual”, “Banalização dos Contactos Sexuais” e “Capacidade para Prever o Impacto Negativo”. Neste estudo obtivemos um valor de alpha de 0,78.

Escala de Crenças em Relação ao Abuso Sexual (ECAS; Machado, Gonçalves & Matos, 2000)- Esta escala visa avaliar as crenças legitimadoras acerca do abuso sexual de menores. A escala é constituída por 17 itens, elaborados a partir da observação clínica de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e da análise da literatura sobre mitos e crenças culturais em relação ao abuso, tendo servido de suporte à sua construção, a observação clínica de abusadores, bem como a literatura acerca das suas estratégias cognitivas de legitimação destes comportamentos. As opções de resposta variam de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, desde 1 (*discordo totalmente*) a 5 (*concordo totalmente*). Foram identificados 3 fatores nas respostas à ECAS: a “legitimação do Abuso pela Sedução Infantil”, “Legitimação do Abuso pela Ausência de Violência” e a “Legitimação do Abuso pela Normalidade do Ofensor”. No nosso trabalho obtivemos um alpha de Cronbach de 0,81, semelhante ao de outros estudos (e.g. Fazenda, 2010; alpha de Cronbach =0,89) replicou-se a estrutura fatorial original.

Escala de Atitudes Sexuais – Versão Breve (EAS-VB; Hendrick, Hendrick & Reich, 2006; traduzida por Baúto & Cardoso, 2011)- A EAS - VB visa avaliar as atitudes sexuais dos sujeitos. O instrumento apresenta uma escala de respostas do tipo Likert cotado de 1 (discordo totalmente) a 5 (discordo totalmente), sendo constituída por 43 itens, subdivididos em quatro subescalas: “Permissividade Sexual”- atitudes face ao sexo ocasional, ao sexo sem compromisso e à diversidade e simultaneidade de parceiros sexuais; “Práticas Sexuais” – atitudes face ao sexo como “mercadoria”, “bem material”, o que remete para uma designação, relativamente neutra, de sexo impessoal; “Comunhão” – atitudes relativas ao sexo como experiência sublime de intimidade física e psicológica; e “Instrumentalização” – atitudes face ao sexo enquanto atividade destinada, essencialmente, à obtenção de prazer físico.

Neste estudo optámos por utilizar apenas duas subescalas: a “Instrumentalização” e a “Permissividade Sexual”. No que concerne à primeira, devido ao facto da literatura reconhece a possibilidade de existir uma instrumentalização do menor como forma de gratificação sexual para o abusador (Gomes, 2003). A segunda visando avaliar as atitudes dos indivíduos face ao sexo ocasional, procurando estabelecer uma relação com a percepção acerca do abuso sexual de menores. O EAS – VB neste estudo, apresenta uma consistência interna com um alpha de Cronbach de 0,83.

Procedimento

Após a tradução e retroversão da Escala de Cognações (EC; Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984; Traduzido por Baúto & Cardoso, 2011) e da Escala de Atitudes Sexuais – Versão Breve (EAS-VB; Hendrick, Hendrick & Reich, 2006;

traduzida por Baúto & Cardoso, 2011), a bateria de instrumentos foi sujeita a um pré-teste, tendo-se posteriormente procedido a alterações fundamentadas nas indicações deste grupo de participantes.

Desenvolveu-se um modelo de recolha *online*, através de uma plataforma pré-existente para o efeito. A folha de rosto apresentava uma breve descrição acerca dos propósitos da investigação, identificando como objetivo central, a análise de processos cognitivos associados à sexualidade. O acesso ao preenchimento dos instrumentos apenas foi permitido aos participantes que assinalassem afirmativamente o termo de consentimento informado.

Este estudo incidiu sobre a população portuguesa com acesso à internet e idade igual ou superior a 18 anos, tendo a recolha amostral sido feita de forma aleatória entre os meses de fevereiro e maio de 2012. Do total da amostra recolhida, 32 questionários foram considerados nulos, devido às seguintes situações: elevando número de respostas em branco ($n=30$) e padrão de repetição nas opções selecionadas ($n=2$), sugerindo respostas aleatórias por parte dos participantes.

Na análise de dados, utilizou-se o pacote estatístico IBM SPSS, versão 20.0, tendo-se recorrido à análise descritiva; análise fatorial para testagem da consistência interna dos instrumentos; análise de variância com recurso à ANOVA Unifatorial e ao Teste *t* para Amostras Independentes; Coeficiente de Correlação de Pearson e Análise de Regressão Múltipla.

RESULTADOS

Procedeu-se à análise das médias das várias subescalas que compõem a EC e a ECAS (quadro 3), de modo a averiguar a prevalência das distorções cognitivas e das crenças sobre o abuso sexual e menores. Constata-se que as crenças com maior prevalência são as de legitimação do abuso pela ausência de violência ($M = 34,93$; $DP = 40,02$) e as distorções cognitivas mais presentes, são as relativas à perceção da “Benefício nas Práticas Sexuais entre Adultos e Crianças” ($M = 8,77$; $DP = 1,77$).

Quadro 3

Análise descritiva das subescalas que compõem os instrumentos ECAS e EC

Variáveis	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Legitimação do Abuso pela Sedução Infantil (ECAS-1)	1161	34,93	4,02
Legitimação do Abuso pela Ausência de Violência (ECAS-2)	1153	37,11	3,11
Legitimação do Abuso pela Normalidade do Ofensor (ECAS-3)	1176	21,71	2,58
Benefício nas Práticas Sexuais entre Adultos e Crianças (EC-1)	1131	8,77	1,77
Capacidade de Decisão e Iniciativa da Criança (...) (EC-2)	1157	5,26	1,92
Perceção Positiva de Práticas Sexuais com Crianças (EC-3)	1081	7,18	2,39
Criança como Ser Sexual (EC-4)	1126	7,82	2,65
Banalização dos Contactos Sexuais (EC-5)	1166	4,26	1,72
Capacidade para Prever o Impacto Negativo (EC-6)	1154	5,99	2,61

Para avaliar se existem diferenças nas distorções cognitivas (*score* total) sobre o abuso sexual de menores, em função da idade, estado civil, habilitações literárias e profissão, procedeu-se à análise de variância (ANOVA) Unifatorial para comparação de três ou mais grupos independentes ao nível de uma variável dependente intervalar. Verifica-se que existem diferenças significativas nas distorções cognitivas em função da idade (escalon etário), $F(5, 37) = 5,96$, $p < 0,0001$ e das habilitações literárias, $F(5, 70) = 5,96$, $p < 0,0001$. Por forma a averiguar entre que grupos há diferenças significativas,

recorremos ao Teste Post-Hoc Gabriel. Este procedimento revelou que relativamente ao à idade, existe uma diminuição progressivo da quantidade de distorções cognitivas sobre o abuso sexual até aos “[25;35[anos”, começando a partir dos “[35;45[anos” a inverter essa tendência. Verificamos ainda, que os sujeitos do escalão etário dos “[25;35[anos” ($M = 130,55$; $DP = 6,68$) apresentam uma menor quantidade (*score* total) de distorções cognitivas comparativamente aos dos “[20; 25[anos” ($M = 128,49$; $DP = 9,53$) e os dos “< 20 anos” ($M = 1260,01$; $DP = 9,27$). A diferença mais acentuada está entre os “< 20 anos” ($M = 1260,01$; $DP = 9,27$) e os “[25;35[anos” ($M = 130,55$; $DP = 6,68$), onde ocorre uma diminuição mais acentuada de distorções cognitivas sobre o abuso. Por último, os sujeitos com > 45 anos ($M = 126,31$; $DP = 8,461$) apresentam mais distorções comparativamente com os dos “[25;35[anos” ($M = 130,55$; $DP = 6,68$). Ao efetuarmos o mesmo procedimento estatístico a nível das habilitações literárias, apura-se que os sujeitos com habilitações a nível do “3º Ciclo do Ensino Básico” ($M = 125,21$; $DP = 8,26$) apresentam maior quantidade de distorções cognitivas, quando comparados com os obtiveram grau de Mestre ($M = 131, 28$; $DP = 6,23$). Por seu turno, os sujeitos que concluíram o “Ensino Secundário” ($M = 126,60$; $DP = 9,11$) revelam maiores níveis de distorção, comparativamente com os Licenciados ($M = 1290,04$; $DP = 9,51$) e os Mestres ($M = 131,28$; $DP = 6,23$). No que concerne ao estado civil e à categoria profissional não se verificam diferenças significativas ($F(3, 96) = 2.96$, $p < 0,03$; e $F(7, 69) = 0,83$, $p = 0,56$, respetivamente).

Para avaliarmos a possível existência de diferenças nas distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores (EC) em função do sexo, recorremos ao Teste *t* para Amostras Independentes. Constatamos que existem diferenças significativas em cinco das seis subescalas analisadas (quadro 4): “Benefício nas Práticas Sexuais entre Adultos e Crianças” ($t(1129) = 2,61$; $p < 0,009$), “Capacidade de Decisão e Iniciativa da Criança nas Práticas Sexuais” ($t(1154) = 4,39$; $p < 0,0001$), “Criança como Ser Sexual” ($t(1078) = 4,69$; $p = 0,0001$), “Banalização dos Contactos Sexuais” ($t(1123) = 3,43$; $p < 0,0001$) e “Capacidade para Prever o Impacto Negativo” ($t(1163) = 6,10$; $p < 0,0001$). Em todas as subescalas, os indivíduos do sexo masculino apresentam pontuações médias superiores face aos do sexo feminino.

Quadro 4.

Teste T para avaliação das diferenças nas distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores (subescalas EC) em função do sexo

Variável	Masculino				Feminino		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>
EC- 1	8,92	2,32	8,64	1,08	2,61	1129,70	0,0001
EC- 2	5,53	2,17	5,03	1,65	4,39	1154,54	0,0001
EC- 3	7,55	2,70	6,88	2,06	4,69	1078,87	0,0001
EC- 4	8,10	2,96	7,56	2,30	3,43	1123,94	0,0001
EC- 5	4,59	1,92	3,98	1,50	6,10	1163,98	0,0001
EC- 6	6,00	2,60	5,98	2,630	0,14	1151,11	0,499

Quanto à relação entre distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores, crenças legitimadoras, atitudes sexuais, o Coeficiente de Correlação de Pearson permite verificar a existência de uma correlação positiva significativa (moderada) entre as crenças e as distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores, $r = 0,54$, $p < 0,0001$ (quadro 5). Admitimos assim, que um maior nível de legitimação do abuso sexual (crenças) está associado a uma maior quantidade de distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores (quadro 4). De referir que este resultado deve ser considerado

positivo para efeitos de análise de fidedignidade da Escala de Crenças (EC), ao estabelecer a relação com uma escala devidamente validada e com conteúdo equiparado.

Quadro 5.

Correlação entre as crenças legitimadoras (ECAS) e distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores (EC)

	ECAS	EC
ECAS	-	0,54**
EC	-	-

** $p < 0,01$

Paralelamente, verifica-se a existência de uma correlação positiva significativa (fraca) entre as distorções cognitivas abuso sexual de menores e as atitudes sexuais (Instrumentalização e Permissividade Sexual), $r = 0,20$, $p < 0,0001$ (quadro 6). Assim, maior quantidade de distorções sobre o abuso sexual de menores está associada a maior instrumentalização e permissividade nas práticas sexuais.

Quadro 6

Correlação entre o EC e a EAS-VB

	EAS-VB	EC
EC	-	0,20**
EAS-VB	-	-

** $p < 0,01$

Deparamo-nos igualmente com uma correlação positiva significativa (fraca) entre as distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores e a “Permissividade Sexual”, $r = 0,19$, $p < 0,0001$, assim como uma correlação deste tipo, para a “Instrumentalização sexual”, $r = 0,17$, $p < 0,0001$ (quadro 7). Assim, uma maior quantidade de distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores está associada a uma maior permissividade e instrumentalização sexual.

Quadro 7.

Correlação entre o EC e a duas subescalas da EAS- VB EC

	EC	Permissividade Sexual (EAS-VB)	Instrumentalização Sexual (EAS-VB)
	-	0,194**	0,174**
Permissividade Sexual (EAS-VB)	-	-	0,0001
Instrumentalização Sexual (EAS-VB)	-	-	-

DISCUSSÃO

Verificamos neste estudo, a existência de uma correlação positiva significativa entre distorções cognitivas e crenças legitimadores acerca do abuso sexual de menores na população geral. Constatamos ainda, que as crenças parecem afetar significativamente o desenvolvimento de percepções distorcidas sobre as práticas sexuais com crianças. Estes resultados contrastam com algumas evidências empíricas de outras investigações onde se põe em causa a ideia de que distorções cognitivas têm necessariamente de envolver as teorias implícitas ou crenças centrais que deem suporte a estes comportamentos (e.g.

Gannon & Polaschek, 2005;2006; Gannon, Wright, Beech, & Williams, 2006; Keown, Gannon, & Ward, 2010).

Constatamos que os sujeitos do sexo masculino apresentam uma média total superior de distorções cognitivas, quando comparados com sujeitos do sexo feminino. Estes resultados evidenciam as diferenças no desenvolvimento cognitivo e sexual entre os dois grupos, o que também tem vindo a ser demonstrado e conceptualizado pela literatura relativa ao desenvolvimento psicosssexual e ao abuso (e.g. Finkelhor, 1984; Malamuth, Check, & Briere, 1986; Marshall & Barbaree, 1990).

Todavia, interessa-nos focar a relevância destes dados, sobre a aparente confirmação de relações causais já descritas na literatura. Alguns autores (e.g. Abel et. al, 1984;1989; Ward, 2000) referem que as distorções cognitivas presentes em muitos dos agressores sexuais, são produzidas através das suas crenças e da sua vontade manifesta. Tendo em conta os resultados obtidos, admitimos a hipótese das crenças legitimadoras serem elementos básicos de suporte ao desenvolvimento de distorções cognitivas e de estarem presentes, com alguma expressão, em populações normativas. Este facto levanta a questão da cronologia das distorções e de qual a sua influência na passagem ao ato. Hartley (1998) enfatiza que os abusadores sexuais não restringem a racionalização à justificação pós-acontecimento, mobilizando-as também como forma de ultrapassarem os constrangimentos da passagem ao ato. Assim sendo, admitimos confirmar essa possibilidade, tendo em conta a difusão destas perceções erróneas na população geral.

No que concerne à forma como estas distorções se parecem desenvolver ao longo da vida do indivíduo, constatamos uma diminuição progressiva da quantidade de crenças até aos “[25;35[anos”, seguindo-se uma inversão dessa tendência a partir dos “[35;45[anos”. Estes resultados aparentam semelhanças com o estudo de Mihailides, Devilly e Ward (2004), onde os autores reiteram que indivíduos mais velhos apresentavam um reforço das crenças de conteúdo implícito com a idade, fundamentais no desenvolvimento de distorções.

Apuramos igualmente que os indivíduos que demonstram uma tendência para a instrumentalização das suas práticas sexuais, apresentam uma maior quantidade de distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores. Este facto coincide com a perspetiva de Ward e Keenan (1999), na medida em que indivíduos com comportamentos sexualmente disruptivos tendem a obter gratificação sexual por via de relações de cariz impessoal e sem qualquer envolvimento emocional. Verificamos ainda o mesmo tipo de associação com a permissividade sexual, sendo que os resultados do nosso estudo, à semelhança do afirmado por Fávero (2003), sugerem a existência de uma possível permissividade manifestada pelos sujeitos que legitimam comportamentos sexualmente abusivos.

Importa ainda referir que o facto se tratar de um tema de abordagem delicada, poderá de alguma forma ter condicionado alguns participantes a responder com base na desejabilidade social. Embora esta situação tenha que ser equacionada em todas as investigações que envolvam medidas de autorrelato, neste estudo em concreto, devido ao carácter socialmente reprovador de determinadas respostas, entendemos que existe uma possibilidade acentuada de isso se verificar.

Por último salientamos a complementaridade conseguida através das escalas e subescalas utilizadas na bateria de instrumentos desenvolvida para esta investigação, tendo em conta a existência de associações entre grande parte dos fatores analisados.

A investigação acerca do desenvolvimento psicosssexual e da génese dos comportamentos abusivos tem motivado grandes avanços ao nível dos conhecimentos sobre este fenómeno. Nesta medida, a relação entre cognição e agressão tem sido alvo

de especial atenção nas últimas décadas, sendo a existência de distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores, atualmente aceite como um fator potencialmente precipitador da passagem ao ato abusivo. Muito embora a literatura de referência não consiga estabelecer um ponto de origem para estas ideias erróneas/disruptivas, tem sido consensual por parte da maioria dos investigadores, a existência de crenças e atitudes que dão suporte a estes comportamentos.

Consideramos que este estudo permite contribuir para um maior conhecimento acerca da forma como as distorções cognitivas sobre o abuso sexual de menores estão presentes na população geral, fornecendo uma perspetiva mais ampla da forma como se relacionam com outras variáveis indiciadas como elementos de influência direta e/ou indireta no incremento de perceções distorcidas acerca da agressão. Julgamos francamente positiva, a confirmação de evidências que sugerem a existência de uma associação entre as atitudes de instrumentalização e permissividade sexual e distorções cognitivas, visto que esta poderá ser um elemento adicional no momento de intervir com agressores sexuais de crianças.

Na nossa perspetiva, fica patente que uma intervenção psicoterapêutica mais eficaz com agressores sexuais terá que passar por um conhecimento mais abrangente da génese deste fenómeno, pelo que esta investigação poderá de alguma forma auxiliar na obtenção dessas respostas. A existência de programas que promovam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais dos indivíduos com base nestas características poderá permitir um incremento das taxas de sucesso da terapia.

Quanto às limitações a este estudo, assinalamos a existência de correlações fracas entre as variáveis, à exceção da associação verificada entre crenças e distorções cognitivas. Consideramos que isto se poderá dever às características inerentes à própria amostra, visto tratar-se da população geral. Ainda assim, julgamos que os resultados obtidos poderão auxiliar a direcionar as linhas de investigação neste campo de análise, ao confirmar a existência de relações, ainda que ténues, em diferentes grupos de indivíduos, e confirmando a existência de crenças e distorções enraizadas em populações normativas.

REFERÊNCIAS

- Abel, G. G., Becker, J. V. & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89–103. doi:org/10.1016/0160-2527(84)90008-6
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The Measurement of the Cognitive Distortions of Child Molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2, 135-152 doi:org/10.1007/BF00851319
- Fávero, M. (2003). *Sexualidade Infantil e Abusos Sexuais a Menores* (1ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Finkelhor (1984).
- Auburn, T. (2010). Cognitive distortions as social practices: An examination of cognitive distortions in sex offender treatment from a discursive psychology perspective. *Psychology, Crime & Law*, 16, 103-123. doi:10.1080/10683160802621990
- Código Penal (2009). Lisboa: Almedina.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D. (1994). The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18, 409-417. doi:org/10.1016/0145-2134(94)90026-4

- Gannon, T. A. (2009). Current cognitive distortion theory and research: An internalist approach to cognition. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 225-246. doi:10.1080/13552600903263079
- Gannon, T., & Polaschek, D. (2006). Cognitive distortions in child molesters: a reexamination of key theories and research. *Clinical Psychology Review*, 26, 1000-1019. doi:10.1016/j.cpr.2005.11.010
- Gannon, T. A. & Polaschek, D. L. L. (2005). Do Child Molesters Deliberately Fake Good on Cognitive Distortion Questionnaires? An Information Processing-Based Investigation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 183-200. doi:10.1177/107906320501700208
- Gannon, T. A., Ward, T., & Collie, R. (2007). Cognitive distortions in child molesters: Theoretical and research developments over the past two decades. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 402-416. doi:10.1016/j.avb.2006.09.005
- Gannon, T. A., Wright, D. B., Beech, A. R., & Williams, S. (2006). Do child molesters hold distorted beliefs? What does their memory recall tell us? *Journal of Sexual Aggression*, 12, 5-18. doi:10.1080/13552600500451655
- Gomes, F.A. (2003). Parafilias. In L. Fonseca, C. Soares & J.M. Vaz (Eds.), *A Sexologia: Perspetiva multidisciplinar I* (pp. 421-470). Coimbra: Quarteto.
- Horley, J. (2000). Cognitions supportive of child molestation. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 551-564. doi:org/10.1016/S1359-1789(98)00042-1
- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13, 443-458. doi:10.1080/10683160601061141
- Marshall, W. L. & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum Press.
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions†. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177. doi:10.1348/135532506X114608
- Marziano, V., Ward, T., Beech, A. R., & Pattison, P. (2006). Identification of five fundamental implicit theories underlying cognitive distortions in child abusers: A preliminary study. *Psychology, Crime & Law*, 12, 97-105. doi:10.1080/10683160500056887
- Mihailides, S., Devilly, G. J., & Ward, T. (2004). Implicit Cognitive Distortions and Sexual Offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 333-350. doi:10.1177/107906320401600406
- Schneider, S. L., & Wright, R. C. (2004). Understanding denial in sexual offenders: A review of cognitive and motivational processes to avoid responsibility. *Trauma, Violence & Abuse*, 5, 3-20. doi:10.1177/1524838003259320
- Stermac, L. E., & Segal, Z. V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. *Behavior Therapy*, 20, 573-584. doi:org/10.1016/S0005-7894(89)80135-2
- Ward, T., & Beech, A. R. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63. doi:org/10.1016/j.avb.2005.05.002
- Ward, T., & Casey, A. (2010). Extending the mind into the world: A new theory of cognitive distortions in sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 49-58. doi:10.1016/j.avb.2009.08.002

- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). Sexual Offenders' Implicit Planning: A conceptual Model. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 189-202. doi:10.1177/107906320001200303.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: an integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507. doi:org/10.1016/S0272-7358(97)81034-3
- Ward, T., & Keenan, T. (1999). Child Molesters' Implicit Theories. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 821-838. doi:10.1177/088626099014008003
- Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). *Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective*. *Psychology, Crime & Law*, 8, 319-351. doi:10.1080/10683160208401823
- World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006). *Preventing child maltreatment: a guide for taking action and generating evidence*. Geneva: WHO Press, retirado de http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/index.html a 1 de março de 2012.

TRAUMA, DESORGANIZAÇÃO PROGRESSIVA E SOMATIZAÇÃO: ESTUDO DE CASO

Rodrigo Sanches Peres ✉ 1, Doris Vasconcellos-Bernstein 2 e Manoel Antônio dos Santos 3

1-Instituto de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil; 2- Institut de Psychologie, Université Paris Descartes / École de Psychologues Praticiens, Institut Catholique de Paris, Paris, França; 3- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

A psicossomática psicanalítica se afigura como um importante progresso teórico na compreensão da complexidade humana (Jadoulle, 2003). Suas contribuições enfatizam a subjetividade das intrincadas relações que se estabelecem entre o funcionamento mental e o funcionamento orgânico, sobretudo na experiência do *pathos* (Ferraz, 2010), de forma que podem ser consideradas particularmente relevantes para a Psicologia da Saúde (Peres & Santos, 2012). Conforme um dos fundamentos da psicossomática psicanalítica, o desenvolvimento mental ocorre mediante a execução de constantes movimentos psíquicos de organização evolutiva, os quais são pautados em elementos funcionais pré-existentes (Marty, 1998). A teorização freudiana, como se sabe, sustenta que a sexualidade genital na idade adulta depende essencialmente da superação gradativa dos conflitos típicos e do declínio das zonas erógenas peculiares a cada etapa libidinal da infância. Torna-se patente, assim, que a importância de funções constitutivas adquiridas a partir de experiências anteriores para o adequado funcionamento do psiquismo é conhecida desde o advento das concepções psicanalíticas clássicas.

Entretanto, a psicossomática psicanalítica inova, segundo Volich (1998), ao adotar uma perspectiva que reconhece o papel de “dinamismos laterais” como alternativas à cadeia evolutiva central que norteia o desenvolvimento mental. Ou seja: a hierarquização progressiva das funções psíquicas não pode ser atribuída ao percurso de um eixo padrão (Debray, 1995). Ao contrário, envolve o empreendimento de arranjos que se revelam absolutamente singulares e que se inscrevem nos movimentos de constituição subjetiva do sujeito. Embora fundamentados em aquisições prévias, novos conjuntos evolutivos não surgem de modo linear, até porque as funções psíquicas, como alertam Vieira e Castro (2010), não se organizam espontaneamente em um sistema coeso e ordenado.

Para que o novo conjunto evolutivo seja apropriado às necessidades atuais do indivíduo, os elementos funcionais prévios devem, conforme Marty (1993), ser reorganizados de modo a se tornarem mais complexos e numerosos. Nas situações em que esses elementos não se encontram disponíveis em virtude da ocorrência de traumas

✉ - Rodrigo Sanches Peres, Avenida Pará, 1720/Bloco 2C , Umuarama 38400-902, Uberlândia/MG – Brasil, E-mail: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br

sucessivos ou da existência de um afluxo contínuo de tensões, a nova organização não se constitui de maneira apropriada, dando início a um movimento contra-evolutivo de desorganização que leva o psiquismo a encontrar sérias dificuldades para elaborar adequadamente as excitações as quais é submetido (Smadja, 1995).

Nos casos em que o movimento contraevolutivo é intenso a ponto de promover a dispersão dos elementos funcionais anteriormente estruturados, se instala um processo psicopatológico que usualmente gera como subproduto a destruição da organização libidinal do indivíduo. Marty (1976) criou o termo “desorganização progressiva” para fazer referência a esse movimento, que não havia sido teorizado até então. A desorganização progressiva geralmente culmina com a eclosão de uma somatização grave, a qual, por sua vez, tende a retroalimentar o fenômeno que a antecedeu, instalando um círculo vicioso potencialmente letal (Horn & Almeida, 2003). Desse modo, o presente estudo tem como objetivo descrever a ocorrência da desorganização progressiva em uma mulher acometida por câncer de mama em situação de recidiva.

MÉTODO

Tendo em vista o objetivo do presente estudo, optou-se por privilegiar análises descritivas e exploratórias a partir de um enfoque qualitativo. Conforme Camic, Rhodes e Yardley (2003), uma pesquisa qualitativa não tem como propósito descrever objetivamente um fenômeno, mas sim compreendê-lo a partir da análise de seus aspectos subjetivos. Partindo desse princípio, conclui-se que os estudos qualitativos são particularmente oportunos para a abordagem de experiências humanas complexas, das quais o adoecer pode ser considerado emblemático.

Participantes

A participante do presente estudo é Catarina (nome fictício), 58 anos, filha temporã em uma prole de quatro irmãos, com escolaridade básica, casada, dona de casa e mãe de três filhos. Catarina recebeu o diagnóstico de câncer de mama e posteriormente foi acometida por uma recidiva da doença na coluna cervical.

Material

O presente estudo deriva de uma pesquisa mais ampla, realizada junto a mulheres acometidas por câncer de mama vinculadas a uma organização não-governamental brasileira voltada ao apoio a pacientes oncológicos. A coleta de dados foi conduzida em local apropriado, na sede da organização não-governamental, de acordo com a disponibilidade e conveniência das participantes, demandou a realização de três encontros de cerca de uma hora com cada uma delas e envolveu o recurso a diferentes instrumentos, incluindo uma entrevista semiestruturada constituída por questões que abordavam a história pessoal das participantes e o enfrentamento da doença. No presente estudo, porém, serão reportados apenas os dados oriundos da entrevista semiestruturada, realizada no primeiro encontro com Catarina, e que teve duração de aproximadamente de 65 minutos.

Procedimento

Foram observados todos os cuidados éticos necessários no desenvolvimento do presente estudo, sendo que a pesquisa mais ampla da qual o mesmo deriva contou com a devida autorização institucional e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, instituição de filiação do primeiro autor à época (processo nº 179/2005). Catarina foi convidada, por meio de contato telefônico, a participar da coleta de dados, tendo formalizado sua disponibilidade para tanto mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A participante teve sua privacidade e seu anonimato respeitados e foi informada que, caso os procedimentos relativos à coleta dos dados lhes acarretassem desconforto emocional, contaria com atendimento psicológico focal, a ser prestado pelo primeiro autor do presente estudo, em horário de comum acordo, com a finalidade específica de promover a ventilação dos sentimentos suscitados. Esse atendimento, contudo, não foi solicitado por ela. Catarina foi informada ainda que poderia desistir da coleta de dados a qualquer momento e que uma eventual desistência não implicaria em qualquer prejuízo ao atendimento do qual desfrutava na organização não-governamental.

A estratégia metodológica adotada foi o estudo de caso. Segundo Peres e Santos (2005), um estudo de caso apresenta como principais características a análise em profundidade do objeto e a preocupação com seu aspecto singular. Desse modo, deve privilegiar um retrato do idiossincrático, e não o desenvolvimento de generalizações, o que evidencia a pertinência de tal estratégia metodológica frente ao objetivo do presente estudo. E o recorte adotado no presente estudo em termos dos instrumentos se justifica levando-se em conta que, para Yin (2005), a entrevista é um instrumento imprescindível para um estudo de caso. Vale destacar que a entrevista foi gravada em áudio, com o consentimento prévio da participante, sendo que os excertos apresentados adiante consistem da transcrição literal da gravação, a qual constituiu o *corpus* do presente estudo. Os dados foram apreciados de acordo com os princípios de análise de conteúdo e interpretados sob a ótica da psicossomática psicanalítica.

RESULTADOS

A interpretação do *corpus* indicou que Catarina possuía uma representação mental de valência extremamente negativa de sua mãe. A imago paterna, em contrapartida, parecia neutra. A participante salientou também que, durante a infância, o relacionamento com seus três irmãos era “péssimo” devido a constantes desentendimentos e brigas, sendo que, na idade adulta, deixou de manter qualquer contato com os mesmos. Já ao ser questionada sobre seu casamento, Catarina relatou:

Eu só casei mesmo porque eu queria sumir da casa dos meus pais. Mas eu e o meu marido tivemos que morar na casa dos pais dele. E quando eu cheguei lá foi uma decepção. Eu sofri demais, passei fome até. Foi horrível. Eu escapei da minha mãe, só que acabei sofrendo mais na mão da minha sogra... E na mão dele também, por causa da bebida. Porque ele é doente, alcoólatra.

O matrimônio, portanto, representou uma tentativa frustrada de se evadir de um lar opressor, tendo sido condenada ao fracasso tanto por sua sogra quanto por seu marido. O relacionamento de Catarina com o homem que era seu cônjuge havia mais de 30 anos foi avaliado como “horrível” pela mesma. Catarina afirmou, inclusive, que não mantinha relações sexuais com seu marido havia cerca de 15 anos. A respeito do relacionamento com seus três filhos, a participante limitou-se a dizer que “não é ruim, mas também não é nenhuma maravilha”. Nota-se, desse modo, que um sofrimento desalentador surgia como o corolário de seus vínculos afetivos. E a única reação que esse sofrimento despertava era a resignação.

A execução de remanejamentos libidinais teria auxiliado Catarina a lidar com os conflitos decorrentes dos relacionamentos insatisfatórios que marcaram sua biografia. Contudo, sua inércia psíquica produziu um estupor melancólico favorável à perpetuação de tais conflitos. Em certa medida, a participante foi capaz de perceber isso, pois o tom depressivo de seu discurso revelou indícios de um sentimento de vergonha que a conduzia à autodesvalorização. Cumpre assinalar que, mais do que uma apurada consciência crítica e além de um ataque do ego-ideal ao narcisismo, o referido

sentimento de vergonha pode ser entendido como um reflexo da vivência da inexequibilidade de um desejo ao qual Catarina se encontrava fixada. Mas qual seria esse desejo? À primeira vista, é possível supor que seria o desejo de amor, já que a mesma sugeriu que, ao longo de sua existência, nunca fora amada como gostaria. A propósito, vale mencionar que a frustração provocada por esse fato levou a participante a avaliar de forma extremamente negativa seu passado, como revela a seguinte afirmação: “O maior câncer que eu tive foi a minha vida”.

A reação de Catarina ao diagnóstico do câncer de mama aponta um marcante apagamento de toda sua expressividade de ordem mental. Afinal, a participante relatou que encarou a doença como “algo normal”, já que “todo mundo fica doente”. Catarina aparentemente não se permitiu entrar em contato com os sentimentos mobilizados pela identificação da enfermidade porque temia ser assolada pelo desamparo, sugerindo fragilidade e suscetibilidade a uma possível desestruturação psíquica. Após a conclusão do tratamento do tumor primário, a participante foi capaz de esboçar um movimento de introspecção que, remetendo ao concreto e factual, a levou à seguinte conclusão: “Depois eu percebi que eu fiquei doente por causa de tudo o que eu passei na minha vida. Eu tenho certeza disso”. Ocorre que tal conclusão, além de superficial, não lhe possibilitou qualquer reorganização psíquica. Possivelmente em função disso, Catarina reagiu com denegação quando foi surpreendida pelo comunicado da recidiva na coluna cervical, cuja confirmação ocorrera um ano antes da coleta de dados: “Eu tenho dúvida se agora eu tenho câncer mesmo. Porque esse problema na coluna só apareceu depois que eu levei um tombo.” Isso sugere que tensões dotadas de maior poder disruptivo podem ter obliterado seu trabalho de integração aos estímulos do mundo externo.

Com base nas informações precedentes, parece razoável afirmar que Catarina vivenciava uma desorganização progressiva, pois a desesperança que a vitimizava pode ser entendida como um reflexo da destruição de sua organização libidinal. Aparentemente, a participante renunciou ao empreendimento de iniciativas no sentido de obter um ajustamento ao meio, quando do diagnóstico de seu tumor primário, porque a execução dos remanejamentos libidinais que a permitiram conciliar a realidade interna com a realidade externa passou a ser-lhe inviável devido à indisponibilidade de pontos de fixação capazes de servir para o aparelho psíquico como um reservatório de energia e, assim, sustentar o resgate temporalmente circunscrito de estados primitivos. Desse resgate, como mencionado, depende o rearranjo de elementos funcionais que, conforme Marty (1998), antecede os movimentos de organização evolutiva.

A desorganização progressiva impede a formação de sintomas mentais, aumentando, como consequência, a vulnerabilidade somática do indivíduo. Isso ocorre porque a desorganização progressiva resulta, em última instância, de uma insuficiência representacional, condição que tende a promover a ascensão do ego-ideal à coordenação do psiquismo quando são vivenciados traumas sucessivos ou as excitações superam os recursos dos quais o aparelho psíquico dispõe para manejá-las. Tal fenômeno não permite a pretendida restauração do estado de suposta onipotência do narcisismo primário, pois invariavelmente provoca o emprego exacerbado de mecanismos compensatórios. Marty (1993) argumenta em defesa dessa hipótese afirmando que “o ego-ideal testemunha um estado de exigência sem nuances do sujeito em relação a si mesmo, sem possibilidades de adaptação às circunstâncias externas” (p. 29).

A teorização freudiana já preconizava que o retorno simbólico a etapas anteriores do desenvolvimento psicoafetivo pode ser metaforicamente comparado à reversão de uma corrente de água de seu leito atual, permeado por obstáculos intransponíveis, para um velho canal, mais favorável (Freud, 1905/1996). Deve-se salientar que, por diversas vezes ao longo de sua obra, Freud admitiu que a ressurgência do passado no presente é

um fenômeno frequente. Justamente por isso afirmou que “...as etapas primitivas sempre podem ser restabelecidas; a mente primitiva é, no sentido mais pleno desse termo, imperecível” (Freud, 1915/1996, p.295). A psicossomática psicanalítica assume tais assertivas. De acordo com o pensamento freudiano, entretanto, a regressão é secundária, já que sua efetivação depende da existência de uma retenção desmesurada de traços típicos de níveis evolutivos anteriores, ou seja, de uma fixação primária de valor negativo. Essa retenção, a propósito, desempenharia um papel de grande relevância na etiologia das neuroses, psicoses e perversões.

Marty, por seu turno, propõe que a fixação pode ser secundária e de valor positivo, favorecendo, assim, a implementação de “dinamismos laterais” capazes de enriquecer o conjunto evolutivo do indivíduo. Logo, o retorno simbólico a posições anteriores do desenvolvimento se afigura como primário em certas circunstâncias. Trata-se indubitavelmente de uma tese inédita, pois desvincula definitivamente a fixação do campo da psicopatologia. O referido autor demonstra que tinha plena consciência disso, pois afirmou que “a incorporação de uma regressão secundária a uma fixação inicial constitui um conhecimento clássico da psicanálise. Em sentido inverso, a presença necessária de uma regressão para constituir uma fixação levanta uma nova hipótese” (Marty, 1993, p.24).

O referido autor afirmou ainda que “o desencadeamento de uma somatização sucede, em um tempo mais ou menos longo de latência, uma desorganização mais ou menos profunda do funcionamento mental” (Marty, 1993, p. 32). O diagnóstico do câncer de mama parece ter afetado o funcionamento mental de Catarina de modo extremamente acentuado porque, em uma existência já repleta de sofrimento psíquico, vislumbrar a iminência de um sofrimento físico desumano como aquele que poderia ser precipitado por tal doença representava a ameaça de um colapso. Nesse cenário psicodinâmico, o ego-ideal assumiu a coordenação do psiquismo, mas acabou impossibilitando a realização de qualquer movimento regressivo primário. Assim, criou condições propícias para a instalação de uma desorganização progressiva e, como consequência, para uma somatização grave.

Seguindo essa linha de raciocínio, é possível afirmar que a recidiva de Catarina pode ter sido favorecida por um movimento contraevolutivo promovido pelos desdobramentos emocionais da descoberta de seu tumor primário, que não foram elaborados e devidamente simbolizados por conta da insuficiência representacional que a caracterizava, ou sequer atenuados a partir do rearranjo de funções constitutivas adquiridas a partir de experiências anteriores. A perda do corpo “normal” e da vida “saúdável” anteriores à enfermidade podem ter sido intoleráveis para a participante, de modo que representaram um trauma. Para Vieira e Castro (2010), um trauma atinge inicialmente o sistema mental por ser este o mais recentemente estabelecido e, portanto, o mais suscetível a reestruturações. Contudo, se não for obstruído ou moderado no sistema mental à custa de movimentos de organização evolutiva, um trauma tende a se propagar até atingir o sistema somático. E aparentemente isso ocorreu em Catarina.

Faz-se necessário esclarecer que a recidiva do câncer não está sendo entendida como uma “doença psicossomática”, ou seja, decorrente majoritariamente de fatores psíquicos. Uma conclusão dessa natureza se afiguraria como um *psicossomatismo*, ou seja, um raciocínio simplista que conduz à compreensão de doenças orgânicas a partir de uma causalidade psíquica linear e reducionista que desconsidera a singularidade e a subjetividade do indivíduo (Jadoulle, 2003). Além disso, seria incoerente com a postura monista preconizada pela psicossomática psicanalítica, pois, como sustenta Marty (1976), a indissociabilidade que caracteriza o funcionamento mental e o funcionamento orgânico faz do homem um ser psicossomático por definição. Portanto, a utilização do

termo “psicossomática” como adjetivo encerra uma falácia, na medida em que remete ao antigo dualismo cartesiano, perpetuando a cisão operada entre mente e corpo. O presente estudo apenas permite situar a recidiva de Catarina na trama do trauma ensejado pelos desdobramentos do diagnóstico do tumor primário.

Assim, o presente estudo ilustra, por meio de um estudo de caso, os pressupostos teóricos que, conforme Volich, constituem a essência da psicossomática psicanalítica. De acordo com o primeiro pressuposto, um indivíduo cujo aparelho psíquico é dotado de recursos capazes de promover o escoamento das tensões às quais é submetido “poderá desenvolver, a partir de uma situação conflitual, uma perturbação psíquica da ordem das neuroses ou das psicoses” (1998, p. 27). Já o segundo pressuposto estabelece que um indivíduo cujo aparelho psíquico é marcado por uma insuficiência representacional acentuada, “poderá ficar impedido de reagir a uma situação traumática através de produções mentais como sonhos, delírios ou mecanismos de defesa, utilizando então [...] as vias orgânicas como canais de descarga da excitação acumulada” (p. 27).

DISCUSSÃO

Na medida em que possui como diferencial a ênfase na descrição da desorganização progressiva em uma situação de recidiva oncológica, parece razoável propor que o presente estudo fornece elementos potencialmente proveitosos para o avanço do conhecimento no campo da Psicologia da Saúde. Ocorre que o processo psicopatológico em questão vem sendo relativamente pouco explorado na literatura científica, apesar de ter sido teorizado originalmente pela psicossomática psicanalítica nos anos 1970. A propósito, é válido salientar que, como um todo, o arcabouço teórico da psicossomática psicanalítica pode ser empregado para fundamentar pesquisas em Psicologia da Saúde com finalidades e populações bastante diversificadas, especialmente no intuito de se colocar em relevo a dimensão subjetiva do processo saúde-doença.

Mais especificamente, indica-se, a partir dos resultados ora reportados, o recurso à psicossomática psicanalítica no desenvolvimento de pesquisas dedicadas às chamadas “psicopatologias contemporâneas”, dentre as quais geralmente se enquadram o pânico e a anorexia, por exemplo. Embora a relação dessas condições com nossa época não implique em ineditismo, ambas têm, conforme Birman (2001), sua incidência incentivada, de diversas maneiras, pelo estilo de vida característico dos dias de hoje, de modo que vem sendo entendidas como uma nova configuração do mal-estar da civilização. E o recurso à psicossomática psicanalítica em pesquisas voltadas a uma compreensão mais pormenorizada da experiência do *pathos* nas psicopatologias contemporâneas é sugerido porque, em última instância, seus sintomas sinalizam uma pobreza do mundo interno e, justamente por essa razão, se apresentam, ao menos em parte, no corpo.

REFERÊNCIAS

- Birman, J. (2001). Subjetividades contemporâneas. *Psychê*, 5, 151-169.
- Camic, P. M., Rhodes, J., & Yardley, L. (2003). Naming the stars: Integrating qualitative methods into psychological research. In P. M. Camic, J. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in Psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 3-15). Washington: American Psychological Association.

- Debray, R. (1995). *O equilíbrio psicossomático e um estudo sobre diabéticos* (J. Souza, & M. Werneck, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferraz, F. C. (2010). A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 13, 176-191.
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (J. Salomão, Trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 7, pp. 128-229). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Reflexões para os tempos de guerra e morte (J. Salomão, Trad.). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 14, pp. 285-309). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915).
- Horn, A., & Almeida, M. C. P. (2003). Sobre as bases freudianas da psicossomática psicanalítica: Um estudo sobre as neuroses atuais. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 37, 69-84.
- Jadoulle, V. (2003). Les dérives de la pensée psychosomatique. *Evolution Psychiatrique*, 68, 261-270. doi : 10.1016/S0014-3855(03)00026-4
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot.
- Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto* (P. C. Ramos, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marty, P. (1998). *Mentalização e psicossomática* (A. E. V. A. Guntert, Trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2012). *Psicossomática psicanalítica: Intersecções entre teoria, pesquisa e clínica*. Campinas: Alínea.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em Psicologia. *Interações*, 10, 109-126.
- Smadja, C. (1995). Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 7-25.
- Vieira, W. C., & Castro, L. R. F. (2010). *Estudos de psicossomática*. São Paulo: Vetor.
- Volich, R. M. (1998). Fundamentos psicanalíticos da clínica psicossomática. In R. M. Volich, F. C. Ferraz, & M. A. A. C. Arantes (Eds.), *Psicossoma II: Psicossomática psicanalítica* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (A. Thorell, Trad.). Porto Alegre: Bookman.

A ATENÇÃO BÁSICA VISTA PELOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Pedro Milanesi ✉ e Henriette Tognetti Penha Morato

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), São Paulo, SP – Brasil

Primeiramente, importa contextualizar esta comunicação como parte de uma pesquisa maior, norteadas pela questão: como seria possível uma ação do psicólogo como agente multiplicador de cuidado à saúde *junto* aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)? Nesta busca, faz-se necessário conhecer o fazer e o saber que embasa a prática desses agentes, mais especificamente no que diz respeito à noção de saúde que os orienta. Assim, o objetivo do presente trabalho é elucidar a compreensão de saúde que sustenta as práticas de Agentes Comunitários de Saúde e, assim por em questão os caminhos e possibilidades de implantação da política de atenção básica em saúde.

Para tanto, torna-se necessário, em primeiro momento e antes de prosseguir com o texto, elucidar o significado de compreensão, o que quer dizer compreender algo? Vejamos. Quando estamos diante de um enigma, e chegamos a um conhecimento, dizemos que ele foi compreendido. Também, quando chegamos a um entendimento pleno ou satisfatoriamente explicitável de algum assunto ou expressão que nos é apresentada, dizemos que os compreendemos. Mas diferente dessas noções da compreensão (como intuição e pensamento explícito) que apontam para um esforço de alcançar o conhecimento por meio da razão ou do intelecto, compreender também significa abarcar, recolher e abranger. Por exemplo, quando dizemos que um copo de água compreende 200 ml de líquido, afirmamos que existe uma função de recolhimento. Compreender, assim, também significa, a ação de recolher a água lançada dentro, a partir do vazio do copo aberto e disposto de um determinado modo (com a abertura voltada para cima). Essa ação diz que esta água, quando lançada na abertura que a compreende, é recebida, no sentido de ser retida naquilo que a compreende. Compreendendo água é que podemos dizer o sentido de copo como copo.

Elucidando a compreensão de outra forma, a etimologia remonta ao latim *comprehendere*, sendo que *com* significa “junto a” e *prehendere*, relacionado a *pendhere* (prender, agarrar, pendurar), originário de *prae* (a frente à, diante de) e *hendere*, que remete às heras que se *prendem* ao muro (Ferreira, 1997). Com isso, temos que o verbo compreender indica a ação de se prender junto a algo diante do qual estamos. Na filosofia contemporânea, compreender marca a distinção do modo de conhecer hegemônico na modernidade pela demonstração racional, que visa alcançar a exata previsão de um evento elucidada pelo conhecimento de sua causa anterior. Assim o

✉ - Pedro Milanesi -Av. Cel. Antonio Estanislau do Amaral, 635. Indaiatuba, SP - Brasil. (CEP 13340-480), Email: pedro_milanesi@yahoo.com.br

estabelecimento geral desses eventos permite a elucidação de uma lei imutável e, por esta via, o conhecimento racional teria sua excelência no estabelecimento formal da conformidade da relação causa-efeito com a lei universal. Porém, no fim do século XIX, com a dificuldade de estabelecimento de uma lei universal para o mundo e história do homem, e a partir da meditação sobre os métodos empregados nas recém-chamadas ciências humanas, a compreensão passa a ocupar questão central nas discussões acerca das possibilidades de efetivação dessas ciências (Abbagnano, 2007).

Já para o filósofo alemão Martin Heidegger, em sua ontologia fundamental, compreender é uma das características fundamentais de nossa existência, pois em toda e qualquer situação, *sempre compreendemos algo de alguma forma*, quer dizer, em cada situação já compreendemos a nós mesmos, aos outros e ao mundo sincronicamente e num determinado sentido (Heidegger, 1927:2012). Estaria assim a noção de compreensão, empregada pelo filósofo para dizer da especificidade do humano que somos, mais próxima à noção de compreensão como abertura e da raiz etimológica acima apresentada, do que da significação de compreensão como “‘intuição’ e ‘pensamento’, (...) ambos derivados já distantes do compreender” (p. 419). Desse modo, em cada momento e/ou em cada situação, nós acolhemos e nos prendemos a uma possibilidade de significação de nós mesmos, dos outros e do mundo. Contudo, essas possibilidades não devem ser entendidas como pura possibilidade, livre-arbítrio ou libertinagem, pois

(...) não há simplesmente como pensar um puro poder-ser que, a partir de um processo de autoexame, se decidiria por tal ou tal possibilidade de sua existência.

Não há absolutamente uma tal situação, porque o próprio momento de decisão já se constituiria necessariamente como uma possibilidade e inviabilizaria, conseqüentemente, a suposição de um puro poder-ser (Casanova, 2010, p. 91).

Não existindo um puro poder-ser também não há algo como um sujeito puro que primeiro existe e só depois escolhe e se realiza num mundo a priori e também puro, pois a evidência primeira que podemos ter acerca de nós mesmos é que sempre *temos que ser* de um determinado modo no mundo (Heidegger, 1927/2012).

Assim, há duas implicações: - sempre compreendemos tacitamente o nosso realizar que está acontecendo; - a compreensão revela o constante estar em jogo da existência como sua característica mais fundamental. Nessa direção, é preciso reiterar que compreender, tal como aqui apresentado, não é algo exclusivo às elaborações conceituais, mas está originariamente ligado a um estado de ânimo, uma tonalidade afetiva que colore nosso olhar, pensar e agir em cada momento. Dessa forma, toda possibilidade de realização de um conhecimento está ligada necessariamente ao jogo da existência caracterizada pela compreensão e que pode ser evidenciada *na* tarefa (ação, decisão e reflexão) de realizar a nós mesmos.

Essa tarefa de existir, compreendendo a nós mesmos, ao mundo e aos outros, é o que Heidegger (1927/2012) chama de cuidado, isto é, o modo como *sempre* nos apresentamos é na lida com os outros, conosco e com o mundo. Só podemos nos dizer de tal ou qual modo por termos compreendido e efetivado nós mesmos no mundo com os outros. Isso quer dizer que, nas possibilidades, nosso ser está em jogo e sempre conquistamos um modo de ser a cada momento, isto é, escolhendo e/ou deixando de escolher, fazendo e/ou deixando de fazer, gostando e/ou desgostando; assim, de um modo e/ou de outro, cuidamos. Do mesmo modo como o compreender, a meditação heideggeriana de existência como cuidado não remete a uma estrutura a priori e pura que se relaciona com o mundo: cuidando, somos-no-mundo.

Outra característica presente nesta meditação acerca da existência como cuidado é que cuidando sempre o fazemos diante de um horizonte a *fim de quê* nós mesmos, os

outros e o mundo merecem ser cuidados de tal ou qual modo: diz de um por-vir (futuro) ao qual nossa existência sempre caminha (e só é revelável no caminhar mesmo) e que torna possível a interpretação do sentido das nossas ações, dos outros e do mundo. Por exemplo, é somente a partir de um horizonte expresso como necessidade de se criar uma mesa de madeira para se escrever – mesa esta que ainda não foi feita – é que podemos chamar a ação humana de trabalho de marcenaria. Esse marceneiro ao se dedicar à tarefa de fazer mesas para escrever de tal e qual maneira, utilizando-se de técnicas, instrumentos, manuseios tácitos e explícitos, torna público o modo como cuida do seu existir. Assim a condição de cuidado traz consigo a temporalidade, que evidencia a compreensão da ação humana sempre em um horizonte de sentido.

A exposição feita até aqui evidenciou o caráter singular do existir, porém, Heidegger (1927/2012) ainda reflete sobre nossa imersão, de imediato e na maioria das vezes, na tensão entre os modos de ser (cuidar) próprios e impróprios. Esses modos não devem ser entendidos a partir de valores ou prescrições a serem seguidas, mas como campo de tensão em que nosso existir, enquanto cuidado, está sempre oscilando. Assim, propriedade remete à assunção das possibilidades do nosso existir, e impropriedade à imersão nos significados sedimentados no cotidiano e na tradição histórica que originariamente herdamos. Assim, se retomarmos aqui o exemplo do marceneiro, certamente concordaremos que os instrumentos utilizados, algumas técnicas e a própria ideia de mesa de escrever não foram por ele criadas, mas herdadas de uma tradição em qual está imerso. Porém, em seu fazer *pode* acrescentar, reorientar e/ou criar elementos significativos que impactam diretamente nesta tradição na mesma medida em que ele se constitui como marceneiro.

Esta apresentação trouxe apenas a indicação de que o objetivo do trabalho de elucidar a compreensão de saúde sustenta as práticas de ACSs, aponta para a leitura atenta da ação desses agentes a partir do modo como eles foram construindo e costurando seus fazeres em meio ao contexto da Saúde Pública Brasileira. Também o que se pretende é demonstrar o modo como a Saúde Pública é vista e acontece pelas mãos desses agentes, para então levantar questões acerca dos caminhos e possibilidades de implantação da política de atenção básica em saúde.

Desta forma, o presente trabalho terá como guia principal meu contato com Inácia⁴³ a partir de entrevistas (gravadas e transcritas). Estes contatos me permitiram maior proximidade com a realidade das práticas de saúde desenvolvidas em um município interiorano brasileiro.

MÉTODO

Nesta mesma direção, orientando-nos pelo pensamento fenomenológico existencial de Martin Heidegger, se faz necessário elucidar o modo de acesso à compreensão de saúde que embasa as práticas dos ACSs. Para tanto, importa apontar outra característica fundamental do existir humano: a fala.

Para Heidegger (1927/2012), fala vem do grego *logos*, que significa apresentar um fenômeno a alguém de um determinado jeito e perspectiva. Segundo esse autor, o discurso estaria ligado à compreensão (em toda sua complexidade) e aos estados de ânimo: “o discurso é existencialmente de igual originariedade que o compreender. A compreensibilidade já está sempre articulada, inclusive antes da interpretação” (p. 453 – destaque do autor). Assim, tudo aquilo que denominamos de tal ou qual modo já está inserido no campo compreensivo e de sentido que nós estamos imerso. O modo como

⁴³ Todos os nomes utilizados são fictícios.

apresentamos o que vivemos pela fala, nossas experiências, ações, decisões e feitos revelam, ao mesmo tempo, compreensão e discurso. Revelam nossa *posição hodierna*, existencial diante daquilo que vivemos. Assim esta investigação se conduz pela via do dizer.

Nesse horizonte, Critelli (2007; 2012) reflete sobre a compreensão, destacando seu caráter de interminável ao se debruçar sobre o agir humano na lida com a realidade. Para ela, é na reflexão compreensiva que podemos encontrar caminhos para elucidar os nossos sentidos *possíveis* e assim edificar nosso existir. É por essa via que podemos apreender a complexa posição que cada um de nós está imerso entre o senso comum⁴⁴ e nossa singularidade mais própria.

Nessa composição entre senso comum e singularidade é que surge o extraordinário de cada existência finita, a história única que todos nós somos à nossa maneira, partilhando com os outros no mundo. Esse caráter extraordinário, quando relatado e testemunhado publicamente, se torna acessível para ser examinado, julgado, passado adiante e, assim veracizado, conduzindo o extra-ordinário de uma existência singular para a comunidade dos homens (Critelli, 2007).

Assim, a linguagem está fundamentalmente ligada à singularidade da existência, quer dizer, ao modo como cumprimos nossa tarefa primordial de existir. Nesse sentido, quando narramos nossa própria história, “mergulhados nos afazeres diários, atendendo às urgências e emergências do cotidiano, desenvolvemos e fortalecemos nossa condição de atores” (Critelli, 2012 p. 37). Também, é narrando a própria história que conseguimos apreender o sentido e significado de nossos atos, pois os outros é quem nos darão *um* outro ponto de entendimento de nossas ações e palavras e, portanto, de nós mesmos.

Quando alguém pode explicar aos outros o que fez, por que fez, para que fez e quais as consequências de suas ações; quando pode comparar suas intenções com o resultado de seus feitos; quando, inclusive, pode jogar seus atos e palavras, certamente, terá aprendido a narrar-se. (Critelli, 2012 p. 38).

Portanto, a presente pesquisa se guiará pela narrativa de uma Agente Comunitária de Saúde, aqui cognominada *Inácia*, na perseguição daquilo que pode ser compreendido como saúde no contexto em que suas práticas (e existências) acontecem. Essas entrevistas aconteceram a partir de uma questão norteadora: *Você poderia contar como está sendo a sua prática com Agente Comunitária de Saúde e como você foi construindo seu fazer?* Após ser apresentada essa questão, a conversa se desenrolou abertamente e, conforme a experiência foi sendo revelada pelo relato, foi possível serem feitas outras perguntas. Posteriormente, a entrevista foi analisada e interpretada visando à consecução dos objetivos da pesquisa. A entrevista foi registrada em áudio e transcrita literalmente para que assim houvesse maior fidedignidade do relato e maior proximidade com a experiência narrada. A participação foi inteiramente voluntária e devidamente autorizada pela entrevistada sob a garantia do sigilo de sua identidade.

O programa de agentes comunitários de saúde (pacs)

Diante do exposto, torna-se necessário apresentar brevemente a história e algumas diretrizes e orientações oficiais que compõem a atenção básica à saúde, a fim de começar a desvendar a complexidade que o ACS carrega em sua prática e em seu lugar: estar próximo à comunidade e próximo aos equipamentos de saúde ao mesmo tempo. Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002) e Schmidt e Neves (2010), refletem

⁴⁴ Senso comum aqui deve ser entendido como “um saber, portanto, já consolidado, especialmente porque não é exclusivo de um indivíduo, mas partilhado com aqueles com os quais ele convive. Nele estão tecidas as nossas crenças, sonhos, projetos, princípios e valores” (CRITELLI, 2012 p. 25).

sobre a complexidade do cotidiano e da prática do ACS que desempenha não apenas o cuidado ao corpo (biológico), cumprindo a extensão da atenção médica e a ponte entre o sistema de saúde e população, mas também a atenção existencial, o que constitui a diversidade bidirecional, política e polifônica da identidade desse profissional.

Na história da implantação do Sistema Único de Saúde⁴⁵, após sua aprovação legal, a criação do Agente Comunitário de Saúde teve origem também no início dos anos 1990, por experiências preliminares de líderes e pessoas com grande contato com o cotidiano comunitário servirem como auxílio na implantação e desenvolvimento de ações em saúde. Essas experiências levaram à criação, em 1991, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Visando a integração dessa iniciativa a um programa integral de atenção básica, criou-se em 1995, o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para organizar a atenção básica à saúde em cumprimento às exigências e necessidades de integralidade e descentralização do SUS. Como forma de consolidar essa ação, em 1997, o cargo de Agente Comunitário de Saúde é criado efetivando a interlocução entre o sistema de saúde e a comunidade. Mais tarde, esses programas se unificaram com a criação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica à saúde (Brasil, 2006).

Conforme apresentou Mattos (2009) e, de modo mais genérico, podemos ver em Coutinho (2000), a construção da política de saúde atual do país congrega, tanto em seu texto, quanto em sua implantação, um mosaico de forças e interesses que compõem nossa sociedade. Enquanto Matos nos mostra que o SUS se desenvolve tanto como política social-democrática quanto como neoliberal, Coutinho, ao contar o processo histórico-democrático do Brasil mostra a presença de frentes populares (movimentos sindicais, militâncias específicas, movimentos sociais, etc.) nas conquistas em diversos âmbitos, mas por outro lado, muitas dessas conquistas revelam interesses contraditórios ao seu estatuto democrático. Nesse sentido e mais especificamente sobre a implantação tanto do PACS quanto do PSF, e apesar de terem surgidos de experiências regionais, Santos, Soares e Campos (2007) refletem que esses programas se configuram como políticas ministeriais verticais, que carregam caráter compensatório e que revelam a intenção de reduzir o investimento em saúde, ao mesmo tempo que exige intensa dedicação dos profissionais, levando, inclusive ao adoecimento. Ademais, considera-se a necessidade de atenção às exigências internacionais de assistência à saúde que, somando-se às forças que compõe a efetivação desta política, tornam-na ainda mais complexa. Esses autores assim reunidos levantam a necessidade do olhar para as políticas, não como algo pronto, mas como um campo complexo de saberes e fazeres, cuja dinâmica está diretamente ligada a questões e relações que vão além do campo da saúde. Nesse sentido, compreendê-la requer, um olhar para a efetivação dessas políticas, para as práticas que estão acontecendo e, ao mesmo tempo, um olhar para o cenário macro político e histórico do país.

Olhando para a história que culmina na implantação do PSF, Silva e Dalmaso (2006) consideram que a viabilização dessa política de saúde também atende à necessidade de implantação do SUS, que requeria a atenção para o cuidado à saúde de forma ampliada, visando não só o tratamento da saúde nos equipamentos, mas também

⁴⁵ Política Pública Brasileira criada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas leis federais nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Esta política parte da disposição geral que prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado, e tem como princípios fundamentais a universalidade de acesso aos serviços; a integralidade “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990, item II do Art. 7º); a equidade de assistência sem preconceitos de qualquer ordem; a descentralização dos serviços em todos os níveis federativos (municípios, estados e União) e a participação social nas discussões, planejamentos e implantação das ações em saúde. (Brasil, 1990).

prover a assistência à vida comunitária. Essas necessidades são instituídas como atribuições do Programa Saúde da Família, tendo como linha de frente, por seu contato, participação e pertencimento à vida comunitária, os Agentes Comunitários de Saúde. Sendo sua atribuição:

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida. (Brasil, 2006b Art. 3º).

Ainda, o Projeto de Lei 3664 apresentado ao Senado no início de 2012 e em fase final de aprovação, prevê a ampliação das atribuições dos ACSs dispostas na lei citada, no referente item I para: “utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico, epidemiológico, cultural e socioeconômico da comunidade, incluindo a coleta de informações relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais” (Brasil, 2012 Art. 1º). Isso mostra que, além de fazer a ponte entre o sistema de saúde e a comunidade, o ACS é responsável pela apreensão, compreensão e registro de aspectos amplos da vida em comunidade, o que o torna uma peça central da abrangência da atenção básica e ampliada à saúde, mas também exige formação e competência na execução dessas tarefas. Refletindo sobre a concepção de saúde que embasa essa política, emergem a perplexidade e o questionamento sobre como esses agentes são treinados, como eles articulam os saberes especializados da equipe com a vida que acontece na comunidade?

Sobre esse aspecto, Nunes, Trad, Almeida, Homem e Melo (2002) refletem que o treinamento desses agentes *deve* abranger tanto conhecimentos técnicos e pedagógicos, sem invadir as atribuições de outros profissionais de saúde, quanto habilidades pessoais em lidar com a vida comunitária da qual participa – o que raramente acontece –, deixando esse agente no “fogo cruzado”, dado seu caráter bidirecional.

Ainda, para Silva e Dalmaso (2006), a necessidade desse treinamento visa garantir o perfil sócio-ocupacional do ACS, pois são pessoas que já têm vínculos comunitários e passam a integrar uma mobilização pública e instituída de saúde. Nesse sentido a capacitação que muitas vezes é proposta visa somente atividades estritamente técnico-burocráticas e assistenciais da saúde, não abrangendo a complexidade da vida comunitária que, nos locais onde o PSF atua, muitas vezes é marcada por grande desigualdade social e violação de direitos. Essas questões, refletem as autoras, estão além das competências comumente encontradas na formação dos profissionais de saúde, deixando a atuação dos ACSs depender do senso comum e de outros recursos comunitários, religiosos e familiares, quando existentes.

Diante do grande desafio revelado pela implantação do PSF e visando o apoio às equipes que compõem esse programa, em 2008 seguindo a Portaria nº 154 surgem os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Tendo como missão: *o conhecimento* de demandas específicas das regiões apoiadas, visando organizar a oferta de serviços a partir da necessidade da população; *a gestão das equipes*, que podem ser compostas por

profissionais de diversas especialidades, gerenciando a inserção de profissionais necessários para a coprodução da saúde frente às necessidades e; *coordenação do cuidado*, visando a responsabilização pela saúde, considerando o usuário como sujeito de seu contexto. Não constituindo uma porta de entrada para os serviços de saúde, os NASFs devem atuar na direção da promoção integral junto às equipes de saúde da família, apoiando-as para que possam incrementar não só sua ação e resolutividade, mas também a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento da saúde em seus diversos aspectos. (Brasil, 2009).

Toda a organização dos NASFs é entendida como um possível caminho para a consolidação das diretrizes nacionais de saúde pública no que se refere à atenção básica. Para tanto, como é muitas vezes referido nos Cadernos da Atenção Básica, a efetivação abrangente de muitas ações recaem sobre a figura do Agente Comunitário de Saúde, por considerar que ele ocupa um lugar privilegiado de participação na vida comunitária. (Brasil, 2009).

A centralidade desse ator e o despreparo de profissionais de saúde também aparecem em uma pesquisa organizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP-Brasil) para integrar as discussões do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Essa pesquisa, baseada num ciclo de discussões presenciais e questionários virtuais, visou mapear a atuação do psicólogo na Atenção Básica à Saúde, suas dificuldades, dilemas e conflitos (Conselho Federal de Psicologia, 2010). Fica evidente a dificuldade de se estabelecer a unicidade do fazer do psicólogo, pois além de voltar sua atenção para a especificidade da população atendida – que se torna numerosa nos NASFs – e para a discussão inter e multidisciplinar, está sendo chamado a orientar e coordenar ações cada vez mais complexas em saúde. Ademais, soma-se a esse cenário nacional as características culturais de cada região e microrregião revelando a multiplicidade e a complexidade dessas ações em saúde, bem como grande desafio ao saber e fazer do psicólogo. Diante desse desafio são frequentes os relatos de psicólogos que recorrem aos ACSs como parceiros, interlocutores e auxiliares das práticas, dado o seu lugar na vida comunitária, almejando a construção de um olhar sobre as ações comunitárias em saúde.

Apesar das atribuições e normativas acima descritas da atenção básica olhada a partir do Agente Comunitário de Saúde prescrever e organizarem as ações do PSF, não fica claro a complexidade da ação efetiva destes atores. Nesse sentido, justifica-se mais uma vez a necessidade de aproximação das práticas e da história dessas pessoas, para assim mostrar e ter subsídios para olhar além das atribuições legais, abrindo campo para pensar questões referentes à implantação da política de saúde. Nesse sentido, o relato colhido torna-se emblemático para o presente trabalho.

Conhecendo a atenção básica pelos olhos de inácia

Inácia mora no município onde trabalha há 15 anos, porém trabalha como ACS há nove. No momento da entrevista cursava o último semestre de psicologia, lutando para concluir e defender seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). No relato, antes de falar sobre seu cotidiano como ACS, Inácia narrou sua chegada ao município onde reside. Movida por uma vontade missionário-religiosa passou a residir em uma casa cedida por sua organização religiosa a fim de desenvolver trabalhos assistenciais. Ela sentiu essa necessidade a partir de visitas esporádicas à cidade que lhe revelaram um sofrimento nos olhos do povo. Com vivacidade ela faz questão de dar ênfase para a sua posição diante do sofrimento humano. Mesmo, ele sendo inevitável, em seu ver, pensa que é possível se fazer alguma coisa com o sofrimento desnecessário.

Assim, primeiro eu vim trabalhar aqui (na cidade), pois um amigo meu estava abrindo uma loja de informática na cidade. Ai eu fui tendo contato com as pessoas e, você sabe, eu sempre tive um quê com o sofrimento humano. Sempre pensava que alguma coisa eu tinha que fazer neste sentido, não é? (...) O sofrimento a gente não tem como impedir, mas eu acho que tem sofrimento que é desnecessário. Entende? Poderia ser evitado. E ai eu comecei a ter contato com a população daqui e com isso foi surgindo um desejo de vir aqui e começar a fazer um trabalho.

Começou a estruturar sua missão como um serviço de escuta aos que necessitavam. Com o chamado “Disk Esperança”, ela se propunha a ouvir, por telefone, o sofrimento das pessoas e então passar uma mensagem religiosa de esperança. Em seguida, passou a gravar as mensagens bíblicas em fitas k7, pois notou que muitas pessoas não se sentiam confortáveis em falar dos problemas, querendo apenas ouvir mensagens. Porém, algumas pessoas que ligavam e ouviam a mensagem pediam uma visita em suas casas, ou uma conversar mais próxima. Com isso ela começou a se aproximar da população e a notar que boa parte dessas ligações vinha de uma determinada região da cidade. Se percebendo gastando dinheiro com transporte e passando boa parte dos dias nessa região, decidiu mudar-se para lá e continuar seu trabalho.

Fechou o serviço telefônico e começou a ouvir as pessoas em sua casa, também fazendo visitas às casas das pessoas e, com o passar dos anos, foi se tornando uma referência para as pessoas que moravam no entorno. Disse ter acolhido todo tipo de crise e mediado todo tipo de conflito, estando presente e intervindo em situações em que pessoas estavam se ameaçando com armas, por conta de brigas familiares, até pessoas que tentaram suicídio ou fizeram aborto e se arrependeram.

O disk-esperança e esse trabalho que começou a desenvolver nessa comunidade a ajudavam a encontrar o sentido de sua decisão missionária. Ela enfatiza em seu relato a diversidade de sua atenção, pois se dispunha a todo tipo de pessoa, “gente rica, gente pobre, políticos, pessoas simples...”. Ofélia se encantava “porque não tinha placa, não tinha assim de defender nenhum... nada. Era uma coisa assim, totalmente voltada para ajudar as pessoas”. Esse “totalmente voltado para as pessoas” dizia a ela, de alguma forma, de sua vocação: para ela esse era o único modo possível de se lidar e amparar o sofrimento que é desnecessário.

E eu estava lá assim [mostra as mãos vazias] sem experiência nenhuma de nada. Nada! Sem curso de nada. Não havia feito curso de pedagogia, fiz curso de nada. Até hoje eu fico pensando que eu fui com a cara e com a coragem. (...) E eu tenho as experiências mais maravilhosas que eu posso te contar neste sentido. E quantas vezes eu não fui visitar e a pessoa estava ali numa crise de violência e eu chegava e percebia que a pessoa queria ouvir. Ouvir alguém que fosse assim um diferencial para ela. Sabe? Quantas pessoas necessitam de outras pessoas?

Porém, com o crescimento do seu trabalho, os líderes religiosos de sua organização passaram a investir na criação de uma igreja na localidade, uma vez que não havia sede dessa organização nesta cidade. Inácia vê que seu trabalho trouxe também interesses alheios à sua motivação inicial, o que acabou distanciando e separando suas práticas da organização religiosa – embora ainda a veja com muito prestígio, pois considera que sua motivação ainda seja sustentada pela fé –. Assim ela conta que, dado o difícil acesso à região, o líder religioso optou por organizar a igreja na região central da cidade, por ser um lugar com maior trânsito de pessoas. Esse acontecimento, ao mesmo tempo em que permitiu a ela continuar com sua prática comunitária, trouxe a compreensão da distância entre a organização religiosa e sua prática viva e autora.

Nesse momento ela se põe a refletir sobre essas mudanças, desde o serviço telefônico, a ida para essa comunidade e a presença da organização religiosa. Ela

evidencia a necessidade de mudar. Não porque não estava satisfeita com sua prática, mas por sentir que seu trabalho estava se transformando em algo maior, trazendo consigo o risco da institucionalização e da formatação.

Eu continuava tendo contato, mas não tão próximo, pois o trabalho se transformou numa igreja. Começou com um trabalho missionário e acabou se transformando um lugar que as pessoas iam buscar muitas coisas e eu não sabia muito bem como lidar com isso. (...). Como eu posso te explicar? Eu vejo que não me adequo muito a essa organização, mas eu creio que foi necessária para a minha experiência. Mas ali eu comecei um trabalho tão nu, cru, e acabou se tornando uma organização. (...) o meu trabalho era de escutar, de chorar, de me misturar.

Depois desse período, Inácia se muda da região, passando a residir em um bairro próximo, mas mantendo constante contato com a população. Assim ela reconhece, mais uma vez sua vocação.

Inácia: Essa era uma vida que eu amava de todo o meu coração.

Pedro: Amava?

Inácia: Amava por que eu não estou mais lá, mas ainda vou voltar. Só que penso que não será do mesmo formato, por que eu mudei. Talvez seja outro formato de trabalho, mas eu quero me entregar para a comunidade.

É nesse ensejo que Inácia passa a ser Agente de Saúde, profissão que garante seu sustento e permite que ela continue em contato com a população. Como ACS, Inácia entende que continua a fazer sua vocação, mas, por outro lado percebe que as novas atribuições a autorizam, pois permitem que ela mantenha contato com a população, e a atrapassem.

Eu fui numa casa, como ACS, por que falaram para mim: um pessoal daquela micro[região]... Por que tem isso, eu me meto em todas as micro. Eu não fico só na minha microrregião, não que isso seja o que é pedido. Isso é um diferencial do nosso posto de saúde lá, que eu vejo não acontecer nos outros postos de saúde. Nós somos muito unidos pelo trabalho, uma equipe que quer fazer o trabalho e quer ajudar. O nosso trabalho só tem sentido por causa disso. A rotina que a prefeitura exige e que as normas do ACS têm nos sufocado. Entende? A gente tenta fugir um pouco disso.

Inácia vive constantemente este conflito, pois considera e afirma que cada vez mais que as solicitações do Governo Federal e da gestão municipal sufocam o trabalho dos ACSs tornando-o mecânico. Ainda, percebe que muitos ACSs desanimam em fazer um bom trabalho, reduzindo sua atuação à coleta de assinaturas e preenchimento de questionários. Também, essa mudança de missionária para ACS permitiu a ela estar com as pessoas de outro jeito, pois a permitiu circular e conhecer histórias e famílias que, como ela mesma se refere, não buscariam ajuda. mas luta para manter sua “vocação”: misturar e se entregar. Com isso, reconhece o limite das políticas e age com cooperação e resistência, como uma espécie de “teimosia ética”.

Nesse ponto, Schmidt e Neves (2010) discutem sobre o campo de tensões que os ACSs vivem por parte das metas políticas impostas pelos programas. Para esses Agentes, assim como para Inácia, essas imposições, sendo verticais, sufocam os saberes, fazeres e a experiência construída a partir do vínculo comunitário, podendo deixar os ACSs em lugar passivo na tomada de decisão e no planejamento de ações em saúde.

Inácia via-se, mais uma vez institucionalizada e mais uma vez começava a perceber uma distância crescente entre essa organização e o trabalho comunitário a partir da mistura. Mas reconhece que a validade principal do PSF é que os ACSs, a partir da mistura ou da emergência na vida comunitária, *sejam* a ponte entre a comunidade e os serviços e profissionais de saúde. O que é preocupante, pois essa diretriz do programa

acontece em seu posto de saúde como um diferencial. Justificando, Inácia dá exemplos do envolvimento dos ACSs e demais profissionais em ações para além da região de seu posto que, para suprir necessidades de ordem pública, disponibilizam recursos privados, dinheiro para impressão de material e carro para ações realizadas fora do expediente de trabalho. Reconhece também a negligência da gestão municipal e as barreiras institucionais que cerceiam o acesso a serviços que poderiam contribuir para melhora na vida comunitária. Como exemplo disso, Inácia conta o longo caminho e esforço que empenhou e acompanhou para que pessoas dessa comunidade tivessem acesso a um curso de culinária sustentável promovido pela prefeitura em parceria com outras entidades. Percebe com isso que mesmo questões simples, como a matrícula nesse curso, carregam muitos pressupostos que revelam interesses difusos e contraditórios (Coutinho, 2000; Mattos, 2010). Nesse sentido, Inácia questiona o perfil de profissional que deve trabalhar no programa. Ela identifica profissionais que passaram por seu posto e que não estavam dispostos a se misturar junto aos ACSs.

Se eu tenho que ser ponte entre a população e o posto, o médico também tem que estar disposto a me ouvir e pensar numa solução junto comigo. E ele também tem que estar disposto a se misturar e ouvir a população.

Presente nos exemplos que deu a esse respeito, Inácia deixa entender que não só o propósito (seu e do PSF no seu entendimento, afinal se *misturou* com ele) como também a resolutividade do serviço ficam comprometidos. Como exemplo, contou a história de uma mãe que frequentemente levava sua filha ao médico, queixando-se de sintomas alérgicos. Conta que, ao visitar essa família, ouviu a grande resistência dessa mãe na relação com sua sogra, principalmente no que diz respeito aos cuidados com a criança e, entre eles, o modo como essa mãe lavava as roupas dessa criança. Sabendo disso, levou essa informação para a médica responsável por essa família e juntos iniciaram longas conversas com essa família no sentido de chamar a atenção para as causas da alergia, o que demandou lidar com o conflito familiar. Inácia considera essa situação um exemplo da necessidade de se pensar ações conjuntas, pois “até a pediatra chegar nessa conclusão teriam se passado várias consultas, várias medicações.”.

Outro aspecto que Inácia aponta como relevante é a aprendizagem e o conhecimento que brotam dessa experiência de estar ao mesmo tempo em contato com os diferentes profissionais da saúde e com a população. Nesse momento, traz questionamentos sobre a formação em saúde e a que é dada aos ACSs para executarem o trabalho.

Olhando assim, agora, vejo quanta oportunidade que eu tive de experiência e de aprendizagem. Trabalhei na farmácia, trabalhei junto aos psiquiatras. E isso tudo foi experiência e conhecimento que fui adquirindo. Só que muitos ACSs não têm essa formação, não sabem como lidar com uma situação dessa e os psicólogos que estão se formando aqui eu questiono: quantos que tem condição de identificar e lidar com esse tipo de situação [a vida comunitária]?

Inácia traz essa questão: como podem os profissionais de saúde estar fechados em seus saberes, sendo que a própria vida comunitária – que para ela está acessível a partir dessa mistura – e o diálogo entre essas instâncias é uma rica fonte de conhecimento? Na instância política, ela nota que ao mesmo tempo em que isso é esperado e planejado como função do PSF, sua concretização parece atender a outros fins (arrecadação de verba por produção e implantação, como previsto nas diretrizes do PACS e PSF). Na instância profissional chama a atenção para a necessidade da formação interdisciplinar em saúde. Sobre isso, Junqueira (2013) aponta para o desafio da formação interdisciplinar em saúde, caracterizado pelo temor de descaracterização, como se, ao se misturar com outros profissionais, discutindo e planejando ações, por exemplo, os psicólogos deixariam de ser psicólogos. Ou ainda, no caso do cotidiano que Inácia fala,

podemos prever que o psicólogo estaria perdendo lugar para o ACS, sendo que ambos têm como importante ferramenta a escuta? Nesse sentido cabe lançar uma questão: será que a manutenção de algumas especificidades das profissões não estaria na contramão da necessidade de atenção à saúde que Inácia revela em sua história e trabalho? Nesse sentido, a caracterização que Figueiredo (1993) expõe sobre a psicologia, como um profissional que se faz a partir da abertura para o outro, sendo profissional do encontro, da alteridade, mostra-se como um ideal, mas ainda não realizado(?)(!).

Inácia é enfática a dizer, a partir de sua experiência, que “*se ficar só na política você não se envolve*”. Pegando esse enredo, não seria esse programa, o PSF, sendo política pública vertical, nacional, uma contradição? Para Inácia, essa contradição se fez ainda mais patente quando veio buscar na psicologia um “o que eu posso fazer?”. Ansiava por ferramentas, instrumentos, pensares que lhe iluminassem o caminho e as possibilidades. Considera, ao final que a psicologia lhe deu um saber, mas que depende efetivamente dessa mistura.

Já virou uma amizade. E eu também preciso deles. Como meu irmão estava doente, tinha dias que estava tão triste que não estava suportando. Quando batia numa casa, eu também encontrava acolhimento, carinho, abraço. Tinha tudo isso. Tinha um espaço para eu chorar, pois as pessoas sabiam da minha situação, da minha história. (...) Eu não sei o que eu vou colocar lá. Eu não sei o que eu vou fazer. Pretendo atuar lá como psicóloga, mas não sei bem como é que vai funcionar isso, mas não será um serviço de análise ou terapia. (...). Eu queria assim, sabe aquela adolescente que não tem espaço para conversar com ninguém? Ela vai passar lá. Ela vai saber que eu vou estar lá.

Uma Possibilidade de Compreensão da Saúde

Em sua história anterior e na atenção básica em saúde, Inácia traz um mosaico de norteadores de sua prática. A primeira delas é a necessidade e o desejo de ajuda (lidar com o sofrimento desnecessário e suportar o sofrimento inevitável) pela mistura e entrega – evidente em muitos de seus exemplos e muitos outros que não caberiam aqui. Outra é a resistência, ou a “teimosia ética”, pois tanto a noção tecnicista do saber biomédico quanto as exigências burocráticas dos gestores de saúde a afastam daquilo que, para ela, é o mais importante: a imersão na vida comunitária.

Regido pela lógica da eficiência, o saber biomédico de base cientificista compreende saúde como ausência de doença e, uma boa prática em saúde é o aniquilamento ou controle das doenças. (Canguilhem, 2009). Dessa forma a excelência de uma atuação em saúde pode ser medida pelo controle técnico dos agentes causadores das doenças. Como aponta Ayres (2007), essa excelência é embasada em uma série de pressupostos de caráter instrumental que apontam para ideais de previsibilidade, materialidade e controle da vida. Porém, reflete o autor, esses pressupostos tornam ainda mais obscura a questão: o que compreendem as pessoas que se dizem saudáveis?

Para Ayres (2007), a noção expressa de saúde, compreendendo uma infinidade de variações de discursos e modos de ser, a torna refém de discursos e racionalidades diversas que se apropriam de objetividades já definidas e comumente aceitas dos indicadores de doenças (vírus, dores, diagnósticos, etc.), criando uma falsa sensação de relação entre esses termos (saúde e doença). Assim, o autor afirma que há uma equivalência entre saúde e a cotidianidade da vida.

(...) estamos sempre, o tempo todo, debruçados sobre a experiência a que nos referimos com a expressão saúde, que esta não se deixa positivar como conceito. Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de

fazer algo, mas diz respeito à própria busca de que algo fazer. (Ayres, 2007 p. 49-50 - destaque do autor).

Aqui se torna possível aproximar a discussão sobre saúde à noção de existência como cuidado anteriormente apresentada. Essa aproximação também foi feita pelo filósofo Hans-Georg Gadamer (2011, p. 110), ao afirmar que “na verdade é um tema muito antigo na humanidade o ter de “conduzir” sua vida e ter de se perguntar como se deve conduzi-la (...). É isso que procuro sugerir através do título: *Sobre o caráter oculto da saúde*.” (destaque do autor). Pois saúde seria aquilo que se oculta na familiaridade do modo como sempre cuidamos, mas que constantemente pode ser rompido pelo acaso que nos obriga a buscar meios e instrumentos para o reestabelecimento da vida. Não seria isso que Inácia sugere com sua necessidade de mistura e sua resistência?

Essas considerações trazem duas implicações: - que se faz necessário um esclarecimento da suposta oposição já enunciada entre o fazer instrumental alicerçado em conhecimentos formais e o saber prático imerso na vida cotidiana. Ora se a estrutura do saber científico já não adentrou e se constitui na própria vida cotidiana, pois nos orientamos cotidianamente a partir da mescla constante e inseparável desses saberes – eis a marca da civilização ocidental desde a modernidade (Gadamer, 2011). A experiência de Inácia mostra a validade dessa mistura ao mesmo tempo em que levanta questões acerca da postura de profissionais que tentam se prender em um desses lados, negando o outro; - que as práticas em saúde não podem se basear em resultados previsíveis,

(...) mas decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. (Ayres, 2007 p. 50).

Assim, a história de Inácia chama a atenção, pois seu relato evidenciou sua história como sendo emblemática e permitiu enxergar questões e desafios para a implantação tanto da política de saúde, para a formação em saúde, quanto para a atuação do psicólogo. Fazendo-se considerar a atenção integral e interdisciplinar à saúde, bem como os princípios do SUS, não mais como algo que deve ser cumprido, mas como uma necessidade e um desejo. Por fim, percebe-se que precisa ser incluindo aqui a necessidade de pensar a questão *inter* na formação, não só entre disciplinas, mas também como uma abertura (e quem sabe uma mistura) para a vida comunitária, ou melhor, *na* vida comunitária.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). Compreender. *Dicionário de filosofia*. Tradução de Alfredo Bosi. (5ª edição pp. 157-158). São Paulo: Martins Fontes.
- Ayres, J. R. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 43-62.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, Br.
- Brasil, Casa Civil. (2006). *Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5o do art. 198 da CN, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da EC nº 51, de 14 de fev. 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, Br.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2006b) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série B: textos básicos em saúde – Diretrizes do NASF. *Cadernos da Atenção Básica*, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Senado. (2012). *PL Nº 3663/12*. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, que “regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências”, para ampliar as atividades do Agente Comunitário de Saúde em sua área de atuação. *Diário Oficial da União*. Brasília, Br.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Tradução de Mana Barrocas. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense.
- Casanova, M. A. (2010). *Compreender Heidegger*. 2ª edição. Petrópolis, Br: Vozes.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde*. Brasília: CFP/CREPOP.
- Coutinho, C. N. (2000). *Contra a corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez.
- Critelli, D. M. (2007). *Analítica do sentido: uma aproximação do real de orientação fenomenológica*. 3ª edição. São Paulo: Brasiliense.
- Critelli, D. M. (2012). *História pessoal e sentido de vida: a historiobiografia*. São Paulo, Br: EDUC.
- Ferreira, A. B. H. (1997). Compreender. In A.B.H. Ferreira, *Novo dicionário Aurélio: novo dicionário da língua portuguesa* (pp. 442). 2ª edição revista e aumentada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Figueiredo, L. C. M. (1993). Sob o signo da multiplicidade. *Cadernos de Subjetividade*. 1, 89-95.
- Gadamer, H-G. (2011). *O caráter oculto da saúde*. 2ª edição. Petrópolis, Br: Vozes.
- Heidegger, M. (1927:2012). *Ser e tempo. Edição bilíngue traduzida e organizada por Fausto Castilho*. Petrópolis: Vozes.
- Junqueira, V. (2013). *Redes de Atenção em Saúde e o trabalho interprofissional*. VII Ciclo de Aulas Abertas no IPUSP, organizado pela Profa. Dra. Ianni R. Scarcelli, em 30/04/2013. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.
- Nunes, M. O., Trad, L. B., Almeida, B. A., Homem, C. R., & Melo, M. C. I. C. (2002). O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1639-1646.
- Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13, 771-780.
- Santos, V. C., Soares, C. B. & Campos, C. M. S. (2007). A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 777-781.
- Schmidt, M., & Neves, T. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13, 225-240. doi:10.11606/issn.1981-0490.v13i2p225-240
- Silva, J. A. & Dalmaso, A. S. W. (2006). *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

A ATITUDE POSITIVA PERANTE A ACTIVIDADE FÍSICA COMO PREDITOR DE COMPORTAMENTO ATIVO

Vânia de Loureiro ✉

Instituto Politécnico de Beja | Escola Superior de Educação

A relação entre actividade física (AF), saúde e qualidade de vida dos adultos mais velhos tem sido alvo de análises científicas. Nos últimos anos, através da implementação de programas de AF, baseado em evidências científicas, verificaram-se benefícios significativos para a saúde em idosos praticantes (Belza, 2007; Blumenthal & Gullette, 2002; Landi et al., 2004; WHO, 2004b).

A AF regular, de intensidade moderada a vigorosa, reduz o risco de mortalidade e de morbilidade (WHO, 2010) e vários estudos demonstram outros benefícios da AF. Encontramos estudos que demonstram benefícios da AF ao nível da redução da pressão arterial, do nível de colesterol, do controlo da glucose no sangue, da preservação ou manutenção da mineralização óssea (Seeley, Trent, & Tate, 2003), redução de doenças cardiovasculares (WHO, 2006), melhoria no sistema músculo-esquelético (Seeley, et al., 2003), diminuição do risco de queda e das limitações funcionais (IDP, 2009; WHO, 2004b). Além destes aspectos, a AF diminui o risco de depressão, *stress* e melhora a função cognitiva, auto-imagem e auto-estima (Shepard, 2003). No género feminino, a AF surge associada à redução do cancro do colo do útero e da mama (Bean, Vora, & Frontera, 2004; IDP, 2009; WHO, 2004b). A AF apresenta imensos benefícios para a saúde dos idosos, contribui para um período mais curto de deficiência no fim da vida (Hubert, Bloch, & Oehlert, 2002) e para um menor risco de mortalidade prematura, mesmo em actividades de intensidade moderada ou baixa (Landi, et al., 2004; Paffenbarger, Blair, & Hyde, 1993).

Apesar de existirem argumentos suficientes para se investir na saúde como determinante de um envelhecimento saudável (SNIPH, 2006) e da AF ser um aspecto fundamental na prevenção de doenças crónicas, incapacidades funcionais e muitos factores de risco (Paterson, Govindasamy, Vidmar, Cunningham, & Koval, 2004; WHO, 2012), em Portugal 55% da população idosa masculina não é suficientemente activa (30 min. de AF de intensidade pelo menos moderada), valor que aumenta para 72% no género feminino (IDP, 2011).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a inactividade física assume-se como o quarto factor de risco de mortalidade em todo o mundo (6%), apenas superando a hipertensão (13%), o consumo de tabaco (9%) e o excesso de

✉ - Vânia Brandão de Loureiro, Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Educação, Rua Pedro Soares, 7800 – 295 Beja, Portugal, Email: vbrandao@ipbeja.pt

glucose no sangue (6%) (WHO, 2009). A preocupação com o aumento da AF entre os idosos tornou-se uma prioridade internacional (WHO, 2002) e as recomendações internacionais concentram-se em dois pontos de acção: a acumulação e a divulgação das recomendações de AF e aptidão física para a população idosa e o desenvolvimento de procedimentos de trabalho para instrutores de AF que trabalhem com adultos mais velhos (NCOA, 2005). Em Portugal as recomendações de AF para os idosos (≥ 65 anos) definem-se pela acumulação de pelo menos 150 minutos por semana de AF de intensidade moderada (30 minutos por dia, 5 dias por semana) e quando não for possível o cumprimento desta recomendação sugere-se que os idosos, dentro das suas limitações, sejam o mais fisicamente activo possível (IDP, 2011). Atendendo que as previsões para 2025 indicam que cerca de um terço da população europeia terá 60 ou mais anos e que a tendência de inactividade está associada a estas faixas etárias é importante incentivar os idosos a permanecerem ou tornarem-se activos.

A AF apresenta uma forte relação com as atitudes (Benjamin, Edwards, & Bharti, 2005), as atitudes são manifestadas pelos comportamentos (Morales et al., 1997) e a formação de atitudes podem prever o comportamento futuro (Glasman & Albarracin, 2006). Assim, procuramos com este estudo verificar se as atitudes positivas em relação à AF se exteriorizam em comportamentos activos de participação em programas de AF.

MÉTODO

A população do presente estudo foi constituída por idosos inseridos em instituições de Lares e Centros de dia da cidade de Beja. Para a participação no estudo foram definidos dois critérios de selecção: (i) pertencer ao lar ou centro de dia da cidade, (ii) ter idade igual ou superior a 62 anos e dois critérios de exclusão: (i) apresentar incapacidade física grave (que impossibilite a participação na AF) e (ii) apresentar défice cognitivo moderado/grave. Todas as instituições de apoio a idosos da cidade foram contactadas e, caso os seus responsáveis e utentes concordassem, recolhíamos os dados do maior número de idosos possíveis. Aceitaram participar no estudo três das oito instituições identificadas definindo-se uma amostra por conveniência.

Para a recolha de dados utilizou-se um protocolo constituído por um questionário e pela aferição de medidas antropométricas (peso, altura e perímetro da cintura e quadril).

O questionário era constituído por duas partes: identificação sócio demográfica e identificadores da AF e a atitude face à AF. Na identificação sócio demográfica recolhemos dados relativos ao género, idade, escolaridade e profissão desempenhada e nos identificadores da AF questionamos sobre a participação em programas de AF e a importância atribuída à AF (nada importante; pouco importante; não sei; importante e muito importante). A atitude face à AF foi aferida pela versão portuguesa do *Older Persons Attitudes Towards Physical Activity and Exercise Questionnaire* (OPAPAEQ) (Oliveira & Duarte, 1999). Este questionário apresenta uma escala tipo *Likert* de 5 pontos, organizados entre o desacordo total e a aprovação total (discordo totalmente, discordo; indeciso/neutro; concordo e concordo totalmente) e é constituído por 14 itens que compreendem 4 dimensões: tensão libertada (3, 6, 10, 12); promoção da saúde (2, 7, 11, 13); exercício físico vigoroso (5, 9, 14) e benefícios sociais (1, 4, 8) (Terry, Biddle, Chatzisarantis, & Bell, 1997). A atitude global dos idosos face à AF foi calculada através da média de respostas aos catorze itens do OPAPAEQ e classificada cinco categorias (muito negativa, negativa, neutra, positiva e muito positiva).

A aplicação dos instrumentos foi realizada por uma equipa técnica preparada para o efeito de modo a uniformizar o processo de recolha de dados. A mensuração dos parâmetros antropométricos, realizada de acordo com os procedimentos do Colégio

Americano de Medicina Desportiva (ACSM, 2010), permitiu o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e do índice de relação cintura / quadril (ICA). O IMC calculou-se através da divisão do peso (kg) por a altura ao quadrado (m^2) e foi classificado de acordo com a classificação internacional da OMS (WHO, 2000, 2004a). No entanto, os critérios da OMS para o diagnóstico de complicações metabólicas sugerem que este pode ser definido por o IMC, perímetro da cintura e o ICA (WHO, 1999). O perímetro da cintura (Pcintura) e o ICA (calculado através da divisão do valor do Pquadril pelo valor do Pcintura) foram classificados de acordo com as indicações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), (quadro 1)

Quadro 1

Pontos de corte e risco de doenças metabólicas (WHO, 2008)

Indicador	Pontos de corte	Risco de doenças metabólicas
P.cintura	>94 cm (M); > 80cm (F)	Aumentado
P.cintura	>102 cm (M); > 88cm (F)	Substancialmente aumentado
ICA	$\geq 0,90$ cm (M); $\geq 0,85$ cm (F)	Substancialmente aumentado

M = Masculino; F= Feminino

Os dados sofreram tratamento estatístico através do programa informático PASW® (versão 18.0 para Windows). Procedeu-se a uma análise descritiva através de medidas de tendência central onde se procuraram descrições da média, desvio-padrão e frequência com que os comportamentos se repetem. Na análise inferencial procedeu-se à comparação dos grupos através dos procedimentos que a seguir apresentamos, de acordo com as indicações apresentados em Maroco (2010). O nível de significância estabelecido foi de 5% ($p \leq 0,05$). Os dados foram tratados através da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado o teste do Qui – quadrado (χ^2) para identificar as diferenças significativas entre os grupos e considerado o valor $[\pm 1,9]$ do residual ajustado.

A amostra do presente estudo integrou 142 idosos, dos quais 46,5% pertenciam ao género feminino e 53,5% ao género masculino, com uma média de idades de 80 anos ($DP \pm 7,6$). No nível de escolaridade verificamos que 56,3% dos indivíduos possuíam formação escolar e 43,7% eram analfabetos. No tipo de profissão verificou-se que 67,6% desempenhou trabalho não especializado e 32,4% trabalho especializado, surgindo o género feminino (39,4%) associado ao trabalho não especializado e o género masculino (25,4%) ao trabalho especializado. No quadro 2 apresentamos as características antropométricas da amostra.

Do exposto (Quadro 2) verifica-se que a maior parte da amostra (74,6%) apresenta valores de IMC de sobrepeso e obesidade, não se verificando diferenças significativas entre géneros. A análise dos valores do P.cintura revela que tanto no género feminino, como no género (M Pcintura = 101 cm) a média obtida associa-se a um risco acrescido de doenças metabólicas. A análise do Pcintura por género não revelou diferenças significativas mas, tanto o género feminino (44,3%) como o masculino (45%) apresenta elevadas percentagens de risco acrescido de doenças metabólicas. A mesma tendência é verificada através da análise dos dados do ICA em que o género feminino (43,7%) e o género masculino (45,1%) apresentam risco substancialmente acrescido de doenças metabólicas. Estes valores revelam uma imagem global do estado de saúde dos idosos muito longe da zona saudável ideal.

Quadro 2

Características da amostra de acordo com o género (n=142).

		Feminino (n= 66)	Masculino (n= 76)
Antropométricas			
Peso (kg)	<i>M</i>	64	70,5
	<i>DP</i>	11,9	12,2
Altura (m)	<i>M</i>	1,5	1,7
	<i>DP</i>	0,1	0,1
Classificação IMC			
Normal		13,4%	12%
Sobrepeso		31%	24,6%
Obesidade		9,2%	9,9%
Perímetros (cm)			
Quadril	<i>M</i>	103,5	101,0
	<i>DP</i>	11,3	9,8
Cintura	<i>M</i>	101,0	101,0
	<i>DP</i>	11,1	11,6
Class. Pcintura			
Sem risco		2,9%	7,9%
Risco aumentado		44,3%	45,0%
Class. ICA			
Sem risco		2,8%	8,5%
Risco substancialmente aumentado		43,7%	45,1%

RESULTADOS

Os dados obtidos revelaram que que 91,5% dos idosos não participa em programas de actividade física, encontrando-se o género masculino (52,1%) associado à não participação e o género feminino (7%) à participação em programas de AF ($\chi^2 = 0,007$; $p \geq 0,05$).

Quadro 3

Importância que os idosos atribuíam à AF (%) de acordo com o género, faixas etárias e participação em programas de AF (n=142).

		Importância			
		Muito importante	Importante	Não Sei	
Género	Feminino	9,9*	27,5*	9,2	$\chi^2 = 13,187$; $p \geq 0,05$
	Masculino	21,1*	15,5*	16,9	
Faixas etárias (anos)	60 - 70	10,6*	3,5*	1,4*	$\chi^2 = 22,226$; $p \geq 0,05$
	71 - 80	10,6	16,9	9,9	
	81 - 90	9,9	21,1	12,0	
	91 - 100	0,0*	1,4	2,8*	
Participação em programas de AF	Sim	0,0*	2,8	5,6*	$\chi^2 = 9,084$; $p \geq 0,05$
	Não	26,1*	40,1	25,4*	

*valores do *adjusted residual* $\geq |\pm 1,9|$

Ao analisarmos a importância que os idosos atribuíam à AF verificamos que 73,9% consideram que a AF é importante ou muito importante. O género masculino (21,1%) surge associado a uma classificação da AF como muito importante e o género feminino (27,5%) associado a uma classificação de importante. A análise por faixas etárias revelou que os indivíduos dos 60 aos 70 anos (10,6%) classificam a AF como muito

importante e os indivíduos dos 91 aos 100 anos (2,8%) não sabem que importância atribuir à AF. Os idosos que não participam em programas de AF crêem ser muito importante praticar AF (26,1%). A atitude face ao exercício, numa escala de 1 a 5, apresentou um resultado total médio de 3,06 ($\pm 0,62$), encontrando-se muito próximo do valor 3 que indica que a amostra apresenta uma atitude neutra face ao exercício.

As questões com maior pontuação média, ou seja as questões que os idosos mais concordaram, foram a questão 11 (*o exercício físico faz bem ao corpo humano*) e a questão 4 (*a actividade física quando realizada em grupo é divertida*) com pontuações médias de 3,34 e 3,18, respectivamente. Estas duas questões são referentes às dimensões de promoção da saúde e de benefícios sociais. Por outro lado “*a actividade física é de certa forma um remédio excelente para uma pessoa tensa, irritável e ansiosa*” (questão 10) foi a questão com a qual os idosos da amostra total menos concordaram ($\bar{x} = 2,81 \pm 0,87$), que pertence à dimensão tensão libertada. O quadro 4 apresenta a análise da atitude global face à AF e a sua relação com diversas variáveis de estudo.

Quadro 4

Atitudes dos idosos face à AF (%) de acordo com o género, faixas etárias, escolaridade, trabalho, importância da AF e participação em programas de AF ($n=142$).

		Atitude face à AF				
		Muito Positiva	Positiva	Neutra	Negativa	
Género	Feminino	2,8	21,1	19,0	3,5	$\chi^2 = 13,187$; $p < 0,05$
	Masculino	9,2	19,7	23,2	1,4	
Faixas etárias (anos)	60 - 70	6,3*	4,9	4,2	0	$\chi^2 = 29,774$; $p \geq 0,05$
	71 - 80	4,9	15,5	15,5	1,4	
	81 - 90	0,7*	19,7	19	3,5	
	91 - 100	0	0,7	3,5*	0	
Escolaridade	Alfabetizado	12*	23,9	21,8	0*	$\chi^2 = 23,893$; $p \geq 0,05$
	Analfabeto	0*	16,9	20,4	4,9*	
Trabalhador	Especializado	7,7*	13,4	11,3	0	$\chi^2 = 12,361$; $p \geq 0,05$
	Não especializado	4,9*	27,5	31,0	4,9	
Importância que atribui à AF	Não sei	0*	4,9*	17,6*	3,5*	$\chi^2 = 64,447$; $p \geq 0,05$
	Importante	0,7*	19	21,8	1,4	
	Muito Importante	11,3*	16,9*	2,8*	0	
Participação em programas de AF	Sim	2,8*	4,9	0,7*	0	$\chi^2 = 10,193$; $p \geq 0,05$
	Não	9,2*	35,9	41,5*	4,9	

*a negrito são apresentados os valores do *adjusted residual* $\geq [\pm 1,9]$

Na análise da atitude global face à AF verificou-se que 52% dos idosos apresentam atitudes positivas face à AF e 42,3% apresentam uma atitude neutra. Não se verificaram diferenças significativas entre géneros mas, na análise das categorias da atitude global é o género masculino (76,5%) que apresenta maior percentagem de respostas na atitude muito positiva e o género feminino (71,4%) que apresenta maior percentagem de respostas na atitude negativa. Uma atitude muito positiva surge associada a idosos das faixas etárias dos 60 aos 70 anos (6,3%), escolarizados (12%), que desempenharam trabalhos especializados (7,7%) e que atribuem muita importância à AF (11,3%).

Uma atitude neutra está associada aos idosos dos 91 aos 100 anos (3,5%), que não participam em programas de AF (41,5%) e a idosos que não sabem qual a importância a atribuir à AF (17,6%). A atitude negativa surge associada a idosos analfabetos (4,9%) e a idosos que não sabem qual a importância a atribuir à AF (3,5%). A participação em

programas de AF associa-se positivamente com uma atitude muito positiva face à AF (2,8%).

DISCUSSÃO

O presente estudo permite-nos concluir que apesar da quase totalidade dos idosos não participarem em programas de AF, estes consideram a AF como importante e muito importante, sendo o género masculino e os indivíduos dos 60 aos 70 anos aqueles que apresentam uma valorização mais elevada. A atitude média global face à AF dos idosos é uma atitude neutra e a maior valorização encontrou – se em questões das dimensões de promoção da saúde e de benefícios sociais. Estes resultados não estão de acordo com estudos consultados, onde se verificou que os idosos, de forma global, apresentam uma atitude positiva face à AF (Caetano & Vasconcelos - Raposo, 2005; Rich & Rogers, 2001; Santos, 2006; Tavares, 2010). No entanto, a valorização positiva da dimensão de promoção de saúde está de acordo com um dos principais motivos responsável pela participação de idosos em programas de actividade física que é a manutenção da saúde (Crombie et al., 2004; Eiras, Silva, Souza, & Vendruscolo, 2009).

Concluimos que metade dos idosos apresentaram uma atitude global positiva e, apesar de não se verificarem diferenças significativas entre géneros, é o género masculino quem apresenta maior percentagem de respostas na atitude muito positiva e o género feminino que apresenta maior percentagem de respostas na atitude negativa. Couto (2003) afirma que as atitudes mais positivas em relação à AF tendem a manifestar-se em comportamentos de adesão à prática.

A atitude negativa está associada à analfabetização e uma atitude neutra verifica-se em indivíduos mais idosos (90 aos 100 anos) e que não sabem qual a importância a atribuir à AF. A atitude muito positiva surge associada a idosos escolarizados, que desempenharam trabalhos especializados, pertencentes a faixas etárias mais baixas (60 - 70 anos) e que consideram a AF como importante.

Rodrigues (1992) afirma que apesar das atitudes serem relativamente estáveis, elas são susceptíveis a mudança e que essa mudança pode resultar de um novo conhecimento ou informação, de uma nova experiência ou um novo comportamento. Assim, apesar de no presente estudo concluirmos que existe associação positiva entre uma atitude muito positiva face à AF e a participação em programas de AF, consideramos que é importante sensibilizar os idosos para a prática da AF, utilizando argumentos relacionados com a saúde e aspectos de carácter social e promover a AF nas instituições que os apoiam, através de técnicos especializados e capazes implementar programas de AF adequados às necessidades desta população.

REFERÊNCIAS

- ACSM. (2010). *ACSM'S Guidelines for exercise testing and prescription* (8ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Bean, J. F., Vora, A., & Frontera, W. R. (2004). Benefits of exercise for community-dwelling older adults. *Archives of Physical Medicine of Rehabilitation*, 80, S31-S42. doi: 10.1016/j.apmr.2004.03.010
- Belza, B. (2007). *Moving Ahead: Strategies and Tools to Plan, Conduct, and Maintain Effective Community-Based Physical Activity Programs for Older Adults*. . Paper presented at the PRC-HAN Physical Activity Conference Planning Workgroup, Atlanta, Georgia.

- Benjamin, K., Edwards, N. C., & Bharti, V. K. (2005). Attitudinal, perceptual, and normative beliefs influencing the exercise decisions of community-dwelling physically frail seniors. *Journal of Aging and Physical Activity*, 13, 276-293.
- Blumenthal, J. A., & Gullette, E. C. D. (2002). Exercise interventions and aging: Psychological and physical health benefits in older adults. In K. W. Schaie, H. Leventhal & S. L. Willis (Eds.), *Effective health behavior in older adults* (pp. 157-178). New York: Springer.
- Caetano, L. M., & Vasconcelos - Raposo, J. (2005). Atitude dos Idosos Face à Actividade Física. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 5, 143-155.
- Couto, L. (2003). *Actividade física no idoso - Estudo da influência dos factores demográficos e psicosociais*. (Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre), Universidade do Porto Porto.
- Crombie, I. K., Irvine, L., Williams, B., McGinnis, A. R., Slane, P. W., Alder, E. M., & McMurdo, M. E. T. (2004). Why older people do not participate in leisure time physical activity: a survey of activity levels, beliefs and deterrents. *Age and Ageing*, 33, 287-292. doi: 10.1093/ageing/afh089
- Eiras, S., Silva, W., Souza, D., & Vendruscolo, R. (2009). *Motivadores e Barreiras para a prática de Actividade Física em idosos*. Paper presented at the Anais do XVI Brasileiro de Ciências do Esporte - III Congresso de Ciências do Esporte.
- Glasman, L. R., & Albarracin, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: a meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*, 132, 778-822. doi: 10.1037/0033-2909.132.5.778
- Hubert, H. B., Bloch, D. A., Oehlert, J. W., & Fries, J. F. (2002). Lifestyle habits and compression of morbidity. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 57, M347-351.
- IDP. (2009). Orientações Europeias para a Actividade Física - Políticas para a Promoção da Saúde e Bem-Estar.
- IDP. (2011). Livro Verde da Actividade Física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Landi, F., Cesari, M., Onder, G., Lattanzio, F., Gravina, E. M., & Bernabei, R. (2004). Physical Activity and Mortality in Frail, Community-Living Elderly Patients. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59, M833-M837. doi: 10.1093/gerona/59.8.M833
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PAWS Statistics (ex - SPSS)*. Pêro Pinheiro: Report Number Lda.
- Morales, F., Moya, M., Rebolloso, E., Dols, F., Huici, C., Marques, J., . . . Pérez, D. (1997). *Psicologia Social*. Madrid: Espanha: McGraw Hill.
- NCOA. (2005). Best Practice Physical Activity Programs. Recruiting and Retaining Effective Instructors for Physical Activity Programs. Washington, DC: National Council on Aging.
- Oliveira, S., & Duarte, A. M. (1999). *As atitudes dos idosos face à actividade física*. Paper presented at the Seminário: A qualidade de vida no idoso - O papel da actividade física, Porto.
- Paffenbarger, R., Blair, S., & Hyde, R. (1993). Measurement of Physical Activity to assess health effects in free-living populations. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 60-70. doi:org/10.1249/00005768-199301000-00010
- Paterson, D. H., Govindasamy, D., Vidmar, M., Cunningham, D. A., & Koval, J. J. (2004). Longitudinal study of determinants of dependence in an elderly population. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1632-1638. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52454.x

- Rich, S. C., & Rogers, M. E. (2001). Stage of exercise change model and attitudes toward exercise in older adults. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 141-144. doi:org/10.2466/PMS.93.5.141-144
- Rodrigues, A. (1992). *Psicologia social* (14ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Santos, S. (2006). *Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física - Universidade do Porto Porto.
- Seeley, R., Trent, D. S., & Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia* (6ª ed.). Lisboa: Lusociência.
- Shepard, R. J. (2003). *Envelhecimento, Atividade física e saúde*. São Paulo: Phorte.
- SNIPH. (2006). Healthy Ageing – A Challenge for Europe: The Swedish National Institute of Public Health.
- Tavares, A. D. P. (2010). *Idosos e Actividade Física - programas, qualidade de vida e atitudes*. (Dissertação de Mestrado), Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Terry, P., Biddle, S., Chatzisarantis, N., & Bell, R. (1997). Development of a test to assess the attitudes of older adults toward physical activity and exercise. *Journal of Aging and Physical Activity*, 5, 111-125.
- WHO. (1999). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2000). *Health and Health Behaviour among young people.*: WHO.
- WHO. (2002). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy lifestyle.
- WHO. (2004a). Fight Childhood obesity to prevent diabetes, say WHO & IDF.
- WHO. (2004b). Global strategy on diet, physical activity and health: World Health Organization.
- WHO. (2006). Physical activity and health: evidence for action. Retrieved 6/6/2009, from http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20061115_2.
- WHO (Producer). (2008). Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf
- WHO. (2009). *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO.
- WHO. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre activad física para la salud*. Genebra: Who.
- WHO. (2012). Good health adds life to years: Global brief for World Health Day 2012. Geneva: World Health Organization.

SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PESSOAS ESTOMIZADAS

Ana Lucia Ribeiro de Oliveira ✉

Universidade Federal de Uberlândia – Brasil

O presente trabalho focaliza a pessoa que, em decorrência de um estoma abdominal, porta de modo temporário ou definitivo, uma bolsa coletora tendo de adaptar-se a ela como uma extensão de seu próprio corpo. A estomia abdominal é uma medida terapêutica cirúrgica para muitas doenças ou situações clínicas. Os pacientes estomizados sofrem com esta condição, uma vez que precisam se adaptar a um novo estilo de vida. Depois da estomia muitos se consideram limitados para o esporte, trabalho, viagens, lazer, para irem à praia ou para os encontros íntimos. A vergonha, o receio de causar repulsa, os cuidados com a bolsa na hora do sexo, a preocupação com os ruídos e odores interferem na qualidade dos encontros íntimos ou sociais. O fato é que a auto-estima e a imagem corporal desta população ficam seriamente prejudicadas. Entendemos a imagem corporal como uma representação cognitiva e subjetiva de nossa aparência física e das nossas experiências corporais. Sendo assim, concordamos com Pruzinsky e Cash (1990) que a forma como percebemos o nosso corpo afeta o nosso comportamento, nossas relações interpessoais, bem como o modo como vemos a nossa realidade. O impacto que esta condição causa na pessoa é bastante intenso e, certamente, o cuidado, atenção e apoio voltados para o paciente é necessário e de grande importância.

O objetivo deste trabalho é o de relatar nossa experiência de acompanhar pessoas estomizadas na clínica psicológica de uma universidade pública brasileira

A estruturação do trabalho

A partir de uma solicitação do setor de estomaterapia do Hospital de Clínicas da Universidade para que profissionais da área da Psicologia participassem da equipe, começamos nosso trabalho de apoio psicológico ao paciente estomizado, com extensão aos seus familiares. Nossa equipe é formada por alunos estagiários da graduação em Psicologia e por uma docente que coordena o projeto em toda sua dimensão. Atuamos nos setores hospitalares dando suporte os pacientes nas internações e nas visitas ao setor de estomaterapia. Nas dependências da clínica psicológica da universidade estabelecemos uma rotina de encontros grupais com os pacientes e alguns de seus familiares. Vale ressaltar que o grupo de pessoas atendidas é composto, em sua maioria, por homens com idade variando entre quarenta e oitenta anos de idade. A participação dos pacientes no projeto é voluntária. As pessoas podem solicitar atendimento em psicoterapia, apoio psicológico nos casos de hospitalizações, visitas domiciliares em situações de crise ou de luto. Ao serem atendidos no setor psicológico da universidade,

✉ - Ana Lucia Ribeiro de Oliveira, Rua Antonio Francisco Rosa 321- Campo 25 - Bairro Aclimação - Uberlândia/MG - Brasil - CEP 38406064, email-ana.ribeiro54@hotmail.com

os pacientes assinam um termo de consentimento para uso dos dados em estudos e divulgações de caráter acadêmico científico.

Nossa atuação clínica é de orientação fenomenológico-existencial e buscamos fundamentar o nosso trabalho na Logoterapia de Viktor Frankl e na filosofia de Martin Buber. Entendemos que a construção de pontes entre a Psicologia e a Filosofia é bastante útil no sentido de facilitar a nossa busca pela compreensão do sofrimento e do existir humano. Não se trata, aqui, de transpor conceitos de uma área para outra, mas de estabelecer diálogos que ampliem a nossa visão de clínicos e que nos permitam realizar um acolhimento mais humano e transformador.

O sofrimento das pessoas estomizadas

Quando focalizamos o sofrimento das pessoas estomizadas com as quais trabalhamos, podemos reconhecer que os elementos comuns entre elas são o uso de bolsa coletora e o sofrimento decorrente desta condição. Entretanto, cada uma delas tem seu modo próprio e singular de manifestar o seu sofrer. Embora os motivos e circunstâncias que sustentam o padecimento sejam bem diversos, nos foi possível reconhecer alguns pontos de aproximações e de distanciamento entre eles.

Quando iniciamos nossos encontros grupais com os pacientes, sentimos que havia entre eles grande dificuldade para a comunicação de seus temores, angústias, apreensões e indignações perante a situação vivida. Havia um movimento de transposição da comunicação dos seus sofrimentos psíquicos para outras áreas como o desrespeito no trânsito e nas vagas de estacionamento destinadas aos deficientes. Buscávamos nos acercar, com delicadeza, de cada um deles para tentar entender o que dificultava a comunicação desse sofrimento. Ali no grupo ficava bem clara a grande dificuldade dos pacientes em admitir que já não encontravam recursos para enfrentar suas questões. Os recursos que possuíam já tinham sido usados, mas não foram suficientes para resolver seus problemas, portanto quedavam frustrados. Grande parte deles acredita que o sofrimento é algo a ser evitado e eliminado de suas vidas. Vimos que estas crenças são tecidas na vivência familiar, ou seja, as famílias transmitem modelos que podem ajudar ou dificultar a construção de sentidos para as suas vivências e experiências (Sousa, Moura, & Correa, 2009).

A literatura, nestas ocasiões, sempre nos trazia luzes para o entendimento. Discursar sobre o sofrimento não é tarefa fácil, mas pode ser facilitada quando nos aproximamos dos fenômenos que estão ligados à essa experiência. Ricoeur (1994) sugere que, para uma maior compreensão, situemos o sofrimento em dois eixos ortogonais: no primeiro deve ser situada a gradação das vivências sofridas consigo ou com os demais. No segundo eixo, o declínio da capacidade de atuar. O autor esclarece que na relação com as demais pessoas, o indivíduo que sofre é atravessado por uma sensação de que sua experiência é única e não dá para ser partilhada. Em vista disso, o sofredor deixa de procurar ajuda, se mantém isolado, deixa de trabalhar em prol da sua organização psíquica e descuida de sua estima.

Compreendemos que o sofrimento atravessa o ser humano a partir de três espaços: do corpo que está sujeito à doença e ao declínio, do mundo exterior que nos golpeia com eventos de grande intensidade e da nossa relação com o outro. A escassez de recursos contra estas três ameaças parece deixar a pessoa imobilizada, fragilizada e necessitada de auxílio para não sucumbir à sua própria dor psíquica.

Buscamos conduzir nossos encontros na perspectiva dialógica proposta por Martin Buber por acreditar que a autenticidade da relação poderia abrir portas para a comunicação do seu sofrimento. Para Buber (1977) a existência humana é essencialmente relacional. Ele parte da suposição de que a mente jamais adocece sozinha

e que aí subjaz uma questão de *betweenness*. Em outras palavras, está entremeado neste adoecimento um relacionamento deficiente, empobrecido ou mesmo ausente. Isto, na percepção do filósofo, é que produz certo ensimesmamento que caracteriza o sofrimento psíquico. Para Buber, esse fechamento em si mesmo “pode e deve ser superado totalmente e uma transformada e curativa relação deve e pode ser inaugurada para a pessoa que está enferma nas suas relações com outrem” (Buber, 1999b, p. 21). O autor sugere para a clínica psicológica uma relação intersubjetiva de modo que o terapeuta “confirme” o paciente na sua singularidade, naquilo que ele tem de próprio e único e naquilo que ele pode vir-a-ser. Confirmar, nesta perspectiva pode ser entendido como aceitar a sua singularidade, pois esse é o anseio de todo ser humano: ser respeitado e aceito como é. Optamos, então, por estabelecer relações dialógicas que facilitassem a “confirmação” dos nossos integrantes do grupo por entender que a ajuda psicológica se dá no caminho do encontro (Buber, 2008; Parreira, 2010).

Com o passar do tempo, os sofrimentos mais intensos puderam ser comunicados e expressos, ainda que de modo bastante reservado. Muitas pessoas passaram a solicitar atendimentos individualizados para poderem falar mais intimamente das suas dores psíquicas. Pudemos acolher relatos de mulheres que sofriam abusos e opressões na área da sexualidade; casos em que o parceiro reagia contrariamente à realização da cirurgia de reversão do problema, pois usava o estoma da companheira para o ato sexual. Ouvimos das pacientes relatos de desprezo, rejeição, de traição e de abandono por parte dos seus parceiros. O sofrimento era revelado quando elas reconheciam que não sabiam se defender das agressões sofridas e se conformavam com a situação humilhante e deprimente. No caso dos homens, o sofrimento era revelado quando conseguiam falar da limitação ou restrição para o trabalho, da dependência de outra pessoa para o manuseio da bolsa coletora, dos constrangimentos em relação às atividades sexuais e das perdas financeiras decorrentes da aposentadoria. Estes e outros tantos relatos revelaram a escassez de recursos para enfrentarem e administrarem seus problemas que, em sua maioria, eram de ordem relacional.

A dureza das circunstâncias e a poucas alternativas de enfrentamento do sofrimento pareciam exaurir as forças necessárias para a caminhada. Diante deste quadro desolador, buscamos na Logoterapia de Viktor Frankl, as indicações favoráveis para um trabalho de constituição de novos sentidos para as experiências vividas.

Frankl (1978) considera que uma boa maneira de ajudar as pessoas na tarefa da administração dos seus problemas é abordar o caráter histórico da sua existência para que a pessoa possa ser confrontada com a responsabilidade que tem para com a vida. Entendemos que é bastante desejável ajudar o paciente a sair do seu ensimesmamento e distanciar-se do núcleo do seu problema. A ajuda psicológica deve facilitar ao paciente esse movimento de idas e vindas do seu sofrimento. O autodistanciamento e a autotranscendência deve ser incentivado para que a pessoa possa constituir um novo olhar sobre si mesmo e sobre a sua condição de padecimento. É bastante possível que de um outro ponto a pessoa possa visualizar novas alternativas e possibilidades de enfrentamento da situação problemática. Frankl (2010b) sugere que esse movimento propicia a visão de novas possibilidades e novos sentidos para a vida.

Aos poucos, os pacientes estomizados vão reconstruindo alguns sentidos para a vida, para o casamento, para a aposentadoria. Moreira e Holanda (2010) lembram que a reconstrução de sentidos para a vida e para o próprio sofrimento nos edifica e nos torna resilientes.

O trabalho de acompanhar as pessoas estomizadas na elaboração do seu sofrimento requer paciência e atitude de perseverança. Temos que aguardar o tempo delas. Não se trata de *Kronos*, mas de *Kairós*, ou seja, do tempo subjetivo. Vimos que é lento o

processo aprender a viver suas experiências dolorosas sem se deixarem sucumbir e desmoronar.

Na vivencia das opressões e dos sofrimentos indizíveis as pessoas podem buscar o auxílio da psicologia e o papel do terapeuta é o de ajudá-las a reconhecer que são seres de liberdade e de possibilidades de reconstrução. O acompanhamento psicológico realmente se mostra como uma alternativa bastante valiosa e eficaz no fortalecimento das pessoas frente aos desafios e sofrimentos que golpeiam a vida do ser humano.

REFERÊNCIAS

- Buber, M. (1999b). Healing through Meeting. In J.B. Agassi (Ed.). *Martin Buber on psychology and psychotherapy* (pp. 17-21). New York: Syracuse University Press.
- Buber, M. (1977) *Eu e Tu*. São Paulo: Ed. Cortez e Moraes.
- Buber, M. (2008). *Sobre comunidade*. Seleção e introdução de Marcelo Dascal e Oscar Zimmermann. São Paulo: Perspectiva.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. 15^a ed. São Paulo: Idéias e Letras.
- Frankl, V. E. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Frankl, V. E. (2010b). *Psicoterapia e sentido de vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. 4^a Ed. São Paulo: Quadrante.
- Moreira, N. H. A. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. *Psico-USF*, 15, 343-356. doi:org/10.1590/S1413-82712010000300008
- Parreira, G. G. (2010). *O sentido da Educação em Martin Buber*. Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Pruzinsky, T., & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 337-349). New York, N.Y.: Guilford Press
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. *Revue Autrement / Mutations*, 142, 58-69.
- Souza, A. M., Moura, D. S. C. & Correa, V. A. C. (2009). Implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29, 534-543.

APLICAÇÕES PRÁTICAS DA HIPNOSE

Fátima Almeida ✉ 1, Rosa Rodrigues 1, José Costa 1 e Susana Bertoquini 2

1 - Universidade Fernando Pessoa, Porto; 2- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Existem diferentes perspetivas quanto à prática clínica da hipnose, sustentadas por métodos distintos. Assim, as várias concepções e explicações no que respeita à essência da hipnose variam de acordo com a orientação teórica de cada abordagem.

As suas aplicações na saúde compreendem uma vasta área que vai desde a redução da dor em diversos tipos de intervenções (Barabasz & Watkins, 2005; Montgomery, David, Winkel, Silverstein, & Bovbjerg, 2002), até ao aumento percentual de gravidez nos casos de fertilização *in vitro* (Levitas, et al., 2006). O reconhecimento de que quando as sugestões hipnóticas são operativas também se assume fundamental na pesquisa experimental, onde é importante distinguir entre tratamentos de grupos hipnóticos e de controlo. A natureza da sugestão hipnótica também é fundamental na hipnose clínica e na psicoterapia em geral, onde os profissionais estão preocupados com os meios mais efetivos de facilitar o processo terapêutico (Erickson & Rossi, 1979; Kirsch, 1999). Teorias recentes neste campo da biomedicina e da psiconeuroimunologia, tentaram associar a hipnose como um mediador da cura mente-corpo, sendo a hipnose um momento hipoteticamente responsável pela ativação de genes de auto-cura do organismo (Rossi, 1997).

A hipnose clínica compreende uma situação em que uma pessoa, um hipnotizador ou um terapeuta, faz sugestões de mudanças específicas na experiência de um sujeito ou paciente. Estas sugestões poderão ser, por exemplo, de que vai sentir menos dor, ou menos ansiedade, numa situação específica. Trata-se de uma ferramenta terapêutica que pode ser usada em conjunto com qualquer psicoterapia. Assim, a hipnose é utilizada num quadro de referência cognitivo-comportamental, psicanalítico, ou outro, (Kirsch, 1996; Kirsch, Montgomery & Sapirstein 1995). Qualquer abordagem terapêutica pode ser incrementada com a meta-análise e os estudos empíricos demonstram que a hipnose aumenta a eficácia da terapia psicanalítica e da terapia cognitivo-comportamental, sendo que o efeito do ponto de vista estatístico é bastante significativo.

Os efeitos da hipnose na memória foram já bem definidos. Conforme refere Kirsch (1995), a hipnose aumenta os relatos mnésicos, mas parte dessas novas memórias não são precisas, ou seja, a hipnose não aumenta a precisão com que nos recordamos das coisas. Sabemos também que há fortes diferenças individuais na responsividade à hipnose: a maior parte das pessoas é capaz de responder a algumas sugestões hipnóticas mas não a outras, há algumas pessoas que são capazes de responder a praticamente qualquer sugestão, e algumas pessoas não respondem a nenhuma (não passíveis de ser hipnotizadas), e esta característica tem uma distribuição normal, como a maioria das

✉ - Maria de Fátima Almeida da Silva; Rua Bordeaux, 254 Hab. 20 2ª 4250-081 Porto, Email: fatimaalmeida@live.com

características pessoais. O mesmo não se verifica com a sugestionabilidade e hipnotizabilidade. Para Braffman e Kirsch (1999, 2001) o melhor correlato da hipnotizabilidade é a expectativa. A crença da pessoa de que vai ser capaz de experimentar a hipnose é um bom preditor da extensão com que ela a experimenta. Não é uma correlação muito alta, mas é a mais alta correlação encontrada para um preditor da resposta hipnótica. O segundo é a motivação que adiciona um pouco de poder preditivo. Em terceiro lugar temos um conjunto de variáveis que estão altamente correlacionadas entre si e que medem coisas como a tendência à fantasia, isto é, a capacidade para se deixar envolver em atividades imaginativas. Esta capacidade está correlacionada com a hipnotizabilidade. O autor refere factores sociais, como as expectativas, as crenças e a motivação, como sendo determinantes sociais da resposta hipnótica. As crenças das pessoas determinam como é que elas vão responder à hipnose, se vão ou não ficar relaxadas, e o que é que vai acontecer quando elas estão hipnotizadas. As crenças parecem ser o maior determinante do que acontece quando se está hipnotizado.

De acordo com Pires e Santos (2009), no modelo cognitivo-comportamental, por exemplo, a hipnose é utilizada como uma ferramenta de auto-controlo que pretende ajustar determinados comportamentos com um menor esforço ao nível do consciente. Esta perspectiva é de carácter “permissivo, indirecto, metafórico e partilha a abordagem Ericksoniana” (p. 185), apresentando, contudo, algumas nuances distintas. Alguns dos métodos de indução utilizados, nesta perspectiva, são “por relaxamento, por atividades ativo- alerta, ou hipnose desperta” (p. 185).

Milton Erickson (1901 – 1980, *cit in* Filho, 2009) é o pai da hipnose utilizada no âmbito da psicologia clínica. Ao longo da vida, exerceu a prática da psiquiatria e desconstruiu concepções sobre o fenómeno da *sugestionabilidade* e o estado de *transe hipnótico*. Desenvolveu uma perspectiva *naturalista*, e como referido anteriormente, de índole permissiva e indirecta. O terapeuta faz a descrição de situações naturais que a pessoa conhece, acabando esta por se sentir absorvida pelas narrativas sugeridas. As manifestações hipnóticas vão acontecendo de acordo com o grau de absorvência (Zeig, 1988; *cit in* Pires e Santos, 2009).

Erickson compreendeu a essência do estado de transe hipnótico, que se altera de paciente para paciente. Proclama a existência de uma sugestão singular e específica fazendo com que cada indivíduo conduza a sua própria indução. Em contexto terapêutico, este continua a ser o processo de transe mais usado, até à actualidade (Filho, 2009). Todavia, apesar da sua eficácia comprovada, existem variantes da perspectiva *naturalista* ou *Ericksoniana*, que substituíram o uso de narrativas passadas por metáforas (Pires & Santos, 2009).

A perspectiva *tradicional* contempla um método indutivo *ritualista* e *directivo*. A prática da hipnose, neste paradigma, subentende o uso de um *ritual* rígido contendo expressões e concepções específicas que são imprescindíveis para que a indução aconteça. Porém, apesar de organizada, esta sequência de procedimentos tem que ser adaptada a cada paciente (Weitzenhoffer, 2000).

Ao longo dos tempos, têm sido desenvolvidos inúmeros estudos que comprovam os benefícios de diferentes métodos de relaxamento (Payne, 2003).

Actualmente, estão disponíveis diversas técnicas para as pessoas se relaxarem. Contudo, há aspectos comuns que são partilhados entre as distintas técnicas de relaxamento, como por exemplo: (1) um local calmo onde o indivíduo possa estar deitado ou sentado, com os olhos fechados e com uma actividade muscular atenuada; (2) a respiração deve ser regular e profunda e (3) a atenção deve estar focalizada para o interior do indivíduo, permitindo que entre num estado de inércia, de afastamento do

corpo e da consciência, possibilitando a eliminação dos pensamentos que desviam a atenção de si próprio (Bishop, 1994).

Mandle, Jacobs, Arcari, e Domar (1996) realizaram uma revisão de 37 estudos sobre o treino de relaxamento e o seu impacto na saúde. Os resultados atestaram efeitos mais positivos, da prática do relaxamento, em pacientes com hipertensão ligeira a moderada. Obtiveram ainda resultados indiscutíveis com a seguinte sintomatologia: dor, ansiedade, dor de cabeça e insónia. Bishop (1994), refere igualmente a utilidade do treino de relaxamento em problemas de saúde relacionados com o *stress*, em especial com: tensão arterial elevada, insónia, sistema imunitário, e dores de cabeça resultantes de tensão muscular. A este propósito, também Ewart et al., (1987) levaram a cabo uma investigação com estudantes universitários, cujos resultados demonstraram que o treino de relaxamento ajudava a diminuir a tensão arterial.

Outros estudiosos desta temática salientam, similarmente, um impacto positivo mais abrangente do treino de relaxamento, e que inclui os seguintes estados de saúde: “Ansiedade; Pânico; Cefaleias e enxaquecas; Asma; Insónia; Hipertensão e reabilitação cardíaca; Dor; Cancro; Abuso do álcool; Menopausa; Epilepsia; Dificuldades de aprendizagem; SIDA; Stresse ocupacional” (Payne, 2003, p. 236).

O treino de relaxamento ajuda as pessoas a sentirem-se melhor e pode contribuir para a obtenção de resultados favoráveis em funcionalidades relevantes para a condição geral de saúde (Bishop, 1994). A literatura indica que o relaxamento equivale a uma resposta adaptada do hipotálamo que, de uma forma geral, enfraquece o funcionamento do sistema nervoso simpático (SNS). Os estudos confirmam, que a resposta de relaxamento provoca alterações não só ao nível do SNS mas também do sistema nervoso central (SNC). No SNS, aquando da prática do relaxamento, comprovou-se a existência de uma diminuição na frequência respiratória, no consumo de oxigénio, na expulsão de dióxido de carbono, na quantidade de ar inspirada e expelida por minuto e nos níveis de lactato do sangue arterial. Estes resultados harmonizam-se com uma diminuição da actividade do SNS. Quanto ao impacto do relaxamento sobre o SNC, atestou-se que este provoca uma diminuição da activação cortical nas áreas anteriores do cérebro. Possibilita ainda um decréscimo na latência do início do sono (Friedman et al., 1998). O relaxamento garante um decréscimo da actividade fisiológica do indivíduo, proporcionando sentimentos de tranquilidade, paz e de felicidade (Serra, 2002).

Sabe-se, a partir dos estudos empíricos que a hipnose favorece a eficácia das intervenções, ou seja, as pessoas experimentam ainda menos ansiedade do que se lhes for apresentado o procedimento apenas como relaxamento. Do mesmo modo pode-se explorar temas pessoais no contexto da hipnose, onde se encontra uma atmosfera relaxada e facilitadora da introspeção pessoal onde o paciente se poderá sentir mais confortável ou compreender melhor qual o seu papel no contexto da psicoterapia.

A literatura científica revela várias pesquisas e casos clínicos com resultados positivos do uso da hipnose no tratamento de diversas perturbações, como sendo: a depressão (Yapko, 1992, 1999, 2001); a ansiedade e *stress* pós-traumático (Spiegel, 1996); infertilidade (Ginandes & Rosenthal, 1999); otimização da cicatrização de ferimentos e fraturas ósseas; tratamento de queimaduras graves (Barber, 2000; Ewin, 1992); síndrome do cólon irritável (Simrén, 2006), entre outras (Lamb, 2008; Rossi, 1997).

Estudos clínicos que recorreram à hipnose para regular a dor vêm sendo referidos por Stam (1984), assim como os de (Ng, & Lee, 2008) sobre a enurese e estudos de Raz, Fan e Posner (2005) que referem a utilização de imagens para captar atividades cerebrais durante o processo hipnótico.

Domangue (1985) realizou um estudo neurológico de controlo hipnótico da dor, concluindo que a depressão estava negativamente relacionada com os níveis de serotonina e beta endorfina, ambas clinicamente e estatisticamente diminuídas na depressão, ansiedade e dor, aumentando os níveis de substâncias do grupo da beta endorfina. Demonstrou-se que a hipnoterapia reduz dores agudas e crónicas associadas a várias doenças, estando também ligada à redução da ansiedade, da depressão e do *stress*, promovendo o bem-estar físico e mental.

Problemas relativos a distúrbios do sono com indicação de uso da hipnose têm sido reportados por Hurwitz et al., (1991). Segundo os autores, após indução do transe hipnótico, com posterior relaxamento e sugestões pós-hipnóticas com o intuito de incluir sensação de segurança e redução da ansiedade para obter um sono reparador, 74% dos indivíduos relataram sensível melhora no quadro.

Ng e Lee (2008) referenciam a enurese noturna como um distúrbio de graves consequências para as crianças, incluindo uma baixa na auto-estima e *stress* familiar, sendo que, a hipnoterapia, tem sido utilizada eficazmente no tratamento com crianças e adolescentes com quadro de enurese noturna primária, associada a fármacos.

Um estudo meta-analítico, que avaliou dezoito pesquisas sobre a hipnose no combate à dor, demonstrou que 75% dos casos clínicos e experimentais obtiveram substanciais alívios a partir de técnicas de hipnose. Assim, a hipnose parece ser eficaz para a maioria das pessoas que sofre de diversas formas de dor. Um dos seus benefícios é a capacidade de alterar os componentes psicológicos e afetivos da experiência da dor, o que pode reduzir ou até bloquear a percepção da dor (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña, & Patterson, 2000).

Nos últimos anos, a eficácia da hipnose na diminuição da sensibilidade à dor, foi estudada por experiências bem controladas, concluindo-se que está associada a reduções significativas, nomeadamente: na avaliação da dor, na necessidade de analgésicos ou sedação, náuseas e vômitos, e tempo de permanência nos hospitais. O seu uso também tem sido associado com um melhor resultado global após o tratamento médico e de uma maior estabilidade fisiológica. Os cirurgiões e outros profissionais de saúde referiram níveis significativamente mais elevados de satisfação com os seus pacientes tratados com hipnose do que com outros pacientes (Montgomery, DuHamel & Redd, 2000; Patterson & Jensen, 2003).

A Hipnose é também muito útil no Desenvolvimento Pessoal e no Bem-Estar, ajudando qualquer pessoa a potenciar as suas capacidades e a melhorar o seu estilo de vida. Schoenberger (2000), na sua revisão sobre a hipnose como coadjuvante nos tratamentos cognitivo-comportamentais, concluiu eficácia no tratamento de: ansiedade, obesidade, insónia, dor e hipertensão. Alladin e Alibhai (2007) encontraram um incremento da eficácia da Terapia Cognitiva para a Depressão de Beck quando utilizada a hipnose como coadjuvante.

Passos (1998), sugere também a utilização da hipnose nos distúrbios de ansiedade, do sono, de relacionamento conjugal e familiar e na psicossomática. É aplicada ainda, na preparação para exames invasivos e durante a sua realização. Este autor, refere-nos também os cuidados a ter na aplicação da hipnose, nomeadamente nas situações em que não deve ser aplicada, nomeadamente, na remoção de sintomas sem antes rastrear o objectivo final, ou ainda, se o estado emocional do cliente não estiver determinado, ou sem um objectivo definido, servindo apenas para satisfazer caprichos do cliente; para abolir sensações como a fadiga, podendo levar o cliente a ultrapassar os limites da sua capacidade física.

Em psicóticos, a técnica só deverá ser usada por psiquiatras experientes, podendo mesmo ser contra-indicada em casos de esquizofrenia. Já Cardeña (2000) refere que

apesar da existência de muitos casos em grupos não controlados e de autores que defendem o uso da hipnose no tratamento da perturbação de *stress* pós-traumático. Brom, Kleber e Defare (1989). Por sua vez, a investigação meta-analítica de Flammer e Bongartz (2003) que integrou estudos clínicos aleatórios, comparando o grupo de controlo em lista de espera e o grupo sem tratamento, indica que a hipnose é moderadamente eficaz no tratamento de transtornos psicológicos (ICD-10), o que já não se verifica com a mesma intensidade, nos tratamentos médicos.

Mendoza e Capafons (2009) referem que a evidência empírica indica, claramente, que a experiência da hipnose é eficaz, bem como a sua eficiência, nomeadamente no campo da saúde. Estas evidências podem verificar-se na satisfação do paciente, na economia de tempo e custos. Acrescentam ainda que é uma questão deontológica, informar o paciente dos benefícios que a hipnose poderá trazer, bem como, defender o seu uso, nomeadamente no âmbito da saúde pública. Diversos são os trabalhos que demonstram os benefícios da utilização da hipnose em problemas somáticos e psicológicos.

A utilização de forma isolada das técnicas hipnóticas não é eficaz, podendo mesmo ser contraproducente, daí que a sua inclusão nas psicoterapias torna-as mais eficientes. Os estudos indicam que a técnica de sugestão favorece atitudes positivas e ajuda a superar problemas, incrementando expectativas de êxito em relação ao próprio problema, conduzindo o paciente a uma implicação emocional. A hipnose encontra-se presente na vida do homem desde os primórdios. Iniciando-se com uma técnica sem base científica, conquistou a adesão de leigos e cientistas em cada época, dada a eficácia que demonstrou na cura e ou melhoria do corpo e da mente. Na atualidade os estudos são cada vez mais conclusivos no que respeita à sua eficácia, ao mesmo tempo que o homem também percebe quanto ainda há por conhecer sobre o inconsciente humano.

Quando se trata de ciência, a verdade não pode ser considerada absoluta e muito menos acabada, tendo em vista a diversidade das situações e fenómenos e a constante transformação a que a humanidade está sujeita. Pese embora a ausência de consensos no âmbito da aplicabilidade da hipnose, ao invés de ser descartada, está a ser cada vez mais utilizada, Carreiro (2008).

Na atualidade, a hipnose é apontada como um instrumento eficiente, de que a humanidade dispõe, na sua incessante luta contra alguns males. O domínio da auto-hipnose pode ajudar na eliminação das doenças psicossomáticas ou eliminar efeitos psicológicos que agravam doenças orgânicas. Pode ainda representar um caminho para que seja atingida a melhoria da qualidade de vida, requisito crucial para a solução de muitos problemas e conflitos. A sua prática permite a descoberta de mecanismos que possibilitam o aumento da auto-confiança, promovendo o desenvolvimento da auto-estima e da compreensão de si mesmo, sem que para isso seja necessário, crer ou seguir doutrinas.

REFERÊNCIAS

- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166. doi:10.1080/00207140601177897
- Barabasz, M., & Watkins, J. (2005). *Hypnotherapeutic techniques*. New York: Brunner Taylor & Francis.
- Barber, T. X. (2000). A deeper understanding of hypnosis: Its secrets, its nature, its essence. *American journal of clinical hypnosis*, 42, 208-272. doi:10.1080/00029157.2000.10734361

- Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Braffman, W., & Kirsch, I. (1999). Imaginative suggestibility and hypnotizability: An empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 578-587. doi:org/10.1037//0022-3514.77.3.578
- Braffman, W., & Kirsch, I. (2001). Reaction time as a predictor of imaginative suggestibility and hypnotisability, *Contemporary Hypnosis*, 18, 107-119. doi: 10.1002/ch.224
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612. doi: 10.1037/0022-006X.57.5.607
- Brown, D. (2007). Evidence-Based Hypnotherapy for Asthma: A Critical Review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 220-249. doi:10.1080/00207140601177947
- Cardena, E. (2000) Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 225-238. doi:10.1080/00207140008410049
- Carreiro, A. (2008). *Hipnose e psicoterapia: Etiologia e Práxis*. São Paulo: Fiuza.
- Domangue, B.B., Margolis, C.G., Lieberman, D., & Kaji, H. (1985). Biochemical Correlates of Hypnoanalgesia in Arthritic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 235-238.
- Erickson, M., & Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: anexploratory casebook*. New York: Irvington.
- Ewart, C. K., Harris, W. L., Iwata, M. M. Coates, T. J. Bullock, R., & Simon, B. (1987). Feasibility and effectiveness of school-based relaxation in lowering blood pressure. *Health Psychology*, 6, 399-416. doi:org/10.1037//0278-6133.6.5.399
- Ewin, D. M. (1992). Hypnotherapy for warts (verruca-vulgaris): 41 consecutive cases with 33 cures. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 1-10. doi:org/10.1080/00029157.1992.10402977
- Filho, J. B. O. (2009). Técnicas Modernas De Transe Hipnótico. In Instituto Brasileiro de Hipnose Aplicada. *Anais do II Congresso Brasileiro de Hipnose Clínica e Hospitalar*. Rio de Janeiro: IBH.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179-197. doi: 10.1002/ch.277.
- Friedman, R., Meyers, P., & Benson, H. (1998). Mediation and the Relaxation Response. In H. S. Friedman (Eds.) *Encyclopedia of Mental Health* (pp.621-628). Academic Press.
- Ginandes, C.S., & Rosenthal, D.I. (1999). Using hypnosis to accelerate the healing of bone fractures: a randomized controlled pilot study. *Alternative Therapies in Health Medicine*, 5, 67-75.
- Kirsch, I., & Braffman, W. (1999). Correlates of hypnotizability: The first empirical study. *Contemporary Hypnosis*, 16, 224-230. doi: 10.1002/ch.179
- Kirsch, I. (2000). The response set theory of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42, 274-292. doi:10.1080/00029157.2000.10734362
- Gutfeld, G., & Rao, L. (1992). Use of Hypnosis with Patients Suffering from Chronic Headaches, Seriously Resistant to Other Treatment, *Prevention*, 44, 24-25.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal Consult Clinical Psychol*, 63, 214-220. doi:10.1037/0022-006X.63.2.214
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic enhancement of cognitivebehavioral weigh loss treatments – Another metaanalysis. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 64, 517-519. doi:org/10.1037//0022-006X.64.3.517
- Lamb, T. D., Pugh, E. N., & Collin, S. P. (2008). The origin of the vertebrate eye. *Evol. Edu. Outreach* 1, 415-426. doi:10.1007/s12052-008-0091-2
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization–embryo transfer: A case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 1404-1408. doi:10.1016/j.fertnstert.2005.1
- Lynn, S.J., Kirsch, I. , Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259. doi:10.1080/00207140008410050
- Mandle, C. L., Jacobs, S. C., Arcari, P. M., & Domar, A. D. (1996). The efficacy of relaxation response interventions with adult patients: a review of the literature. *Journal of Cardiovascular Nursing* 10, 4-26. doi:10.1097/00005082-199604000-00003
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009). Efficacy of clinical hypnosis: A summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicologo*, 30, 98-116.
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia and analgesia*, 94, 1639-1645. doi:org/10.1097/00000539-200206000-00052
- Montgomery, G. H., Duhamel, K. N., & Redd, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia : How effective es hypnosis ? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. doi:org/10.1080/00207140008410045
- Nash, M. R. (2000). The Status of Hypnosis as an Empirically Validated Clinical Intervention: a preamble to the special issue. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 107-112. doi:10.1080/00207140008410043
- Ng, B., & Lee, T (2008). Hypnotherapy for Sleep Disorders. *Annals Academy of Medicine Singapore*, 37, 633-638.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência–Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Passos, A. (1998). *Hipnose: Considerações atuais*. São Paulo: Atheneu.
- Pires, C.M.L., & Santos, E. J. R. (2009). *Hipnose Clínica: Fundamentos e Aplicações em Psicologia e Saúde*. Viseu: Psico & Soma, Lda.
- Rossi, E. L. (1997). *A Psicobiologia da Cura Mente-Corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica*. Campinas: Editorial.
- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169. DOI:10.1080/00207140008410046
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do autor.
- Simrén, M. (2006). Hypnosis for Irritable Bowel Syndrome: the quest for the mechanism of action, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 65-84. DOI:10.1080/00207140500327239
- Spiegel, D., & Moore, R. (1997). Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology*, 11, 1179-1189.
- Stam, H.J., McGrath, P.A., & Brooke, R.I (1984). The effects of a cognitive-behavioral treatment program on temporo-mandibular pain and dysfunction syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 6, 534-545.
- Weitzenhoffer, A. (2000). *The practice of hypnotism*. New York: John Wiley & Sons.

- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the treatment of depressions*. New York: Brunner.
- Yapko, M. (1999). *And-me-down blues: How to stop depression from spreading in families*. New York: St. Martins Griffin.
- Yapko, M. (2001). Hipnotic intervention for ambiguity as a depressive risk factor. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 109-117. doi:10.1080/00029157.2001.10403466
- Yapko, M. (2010). Hypnosis and depression. In S. Lynn, J. Rhue, & I. kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2d ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

AUTOESTIMA, BEM ESTAR SUBJETIVO E AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS.

Kalina L. Santos [✉] 1, Maria do Carmo Eulálio 1, Rômulo L. Melo 2 e Rafael P. Nunes 1

1-Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Brasil; 2-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2050 dois bilhões de pessoas em todo o mundo serão idosos, nesta perspectiva haverá mais pessoas maiores de 60 anos do que menores de 15 (Giacomin, 2012). De acordo com Veras (2009), o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade, porém, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Nesse sentido, é um desafio à nossa sociedade buscar subsídios para compreender os fatores envolvidos no processo de envelhecimento humano.

Para Rosenberg (1965), a autoestima está ligada a um sentimento de gostar de si mesmo, ter uma opinião e imagem positivas de si mesmo, ser confiante, acreditar em si e em sua capacidade, são pensamentos e comportamentos que temos relacionados a nós mesmos. Segundo Meurer, Benedetti e Mazo, (2011) diferentes aspectos físicos e sociais interferem sobre a autoestima. Dentre eles, a condição socioeconômica, o nível educacional e as condições de saúde. Os problemas de saúde podem limitar ou restringir as possibilidades de apoio social e atividades que estimulem a autoestima. Nesse sentido as condições de vida do idoso são fatores fundamentais para que este apresente uma autoestima elevada ou não. É importante destacar também, que a autoestima é um fator de proteção importante no processo de envelhecimento, já que está relacionada com a saúde e o bem estar psicológico, e com ela estão implicados outros elementos, tais como apoio social, autoeficácia e autonomia, que influenciarão na forma como os idosos viverão sua velhice (Ferreira, Santos & Maia, 2012).

Segundo Alves (2008) o bem estar subjetivo (BES) nasce num contexto empírico de procura de identificação das características sociodemográficas associadas à qualidade de vida e à satisfação e orienta-se pela perspectiva da felicidade. De acordo com Scorsolini-Comin (2011) os fatores que compõem o BES além da satisfação com a vida, são: afetos positivos, referentes a um estado de contentamento puro experimentado em um determinado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e os afetos negativos, que se referem a um estado de distração e engajamento desprazível que também é transitório, mas que inclui emoções desagradáveis.

De acordo com (Teixeira & Neri, 2008) a auto avaliação de saúde se destaca como algo presente no indivíduo a partir de concepções próprias, bem como dos valores advindos da sociedade, representando uma integração individual de muitos aspectos do

[✉] - Kalina L. Santos, Rua Antônio Joaquim Pequeno, 428. Bairro Universitário, Campina Grande, PB-Brasil. E-mail:kalinalima17@hotmail.com.

conceito de saúde, tais como a capacidade de realizar determinadas tarefas, o status funcional e o status de saúde. Além disso, tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem estar individual e coletivo. Empregada também como preditor de morbidade, incapacidade, depressão, inatividade e mortalidade, especialmente entre idosos (Borim, Barros & Neri, 2012). A questão de como a saúde afeta o bem-estar e as sensações de satisfação pessoal são importantes e significativas para a qualidade de vida (Castro, 2011).

Tendo em vista a relevância desses fatores para a qualidade de vida dessa faixa etária, propõe-se através deste trabalho, investigar a relação entre autoestima e bem estar subjetivo de acordo com a auto avaliação da saúde de pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de estudo transversal com amostragem probabilística por conglomerado. Com abordagem quantitativa, apresentando caráter descritivo-analítico.

Participantes

Foram entrevistadas 557 pessoas idosas residentes na cidade de Campina Grande - PB, sendo selecionadas para a pesquisa apenas os que pontuaram acima do ponto de corte no Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), avaliadas de acordo com sua escolaridade. Resultando em 381 participantes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos.

Material

Para coleta de dados foram utilizadas a Escala de Satisfação com a vida (ESV), Escala de Afetos Positivos e Negativos, Escala de autoestima de Rosenberg e uma questão referente à autoavaliação de saúde e Questionário Sócio-demográfico.

A ESV foi elaborada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), com o objetivo de avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitas encontram-se com suas vidas. Utilizou-se versão composta por 5 itens, variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), adaptada e validada para o contexto paraibano por (Albuquerque, Rodrigues, Gouveia, Martins, & Neves, 2007), numa amostra de 284 idosos residentes nos ambientes urbano e rural, verificando-se o Alfa de Cronbach de 0,76, com variância de 53%, confirmando a estrutura unifatorial da escala.

A Escala de Afetos Positivos e Negativos foi formulada por Diener e Emmons (1984), composta por cinco afetos positivos e cinco afetos negativos, com opções de resposta variando de 1 (Nada) a 7 (Extremamente). Tem por objetivo avaliar a intensidade dos afetos, os positivos são “Feliz”, “Satisfeito”, “Divertido”, “Otimista” e “Alegre”; os afetos negativos são “Deprimido”, “Frustrado”, “Raivoso”, “Preocupado” e “Infeliz”. A escala foi validada por Albuquerque, Sousa & Martins (2010) para o contexto paraibano, numa amostra de 342 idosos, explicando respectivamente, 40,88% e 18,18% da variância total, e com Alfa de Cronbach de 0,78 em cada fator.

A escala de Autoestima de Rosenberg (1965) tem sua versão traduzida e adaptada para o português por Dini (2001). Trata-se de uma escala de 4 pontos do tipo Likert (1=concordo fortemente, 2= concordo, 3= discordo, 4= discordo fortemente), contendo 10 itens. Desse total de itens, cinco avaliam sentimentos positivos do indivíduo sobre si mesmo e cinco sentimentos negativos. Para a pontuação das respostas, os 5 itens que expressarem sentimentos positivos tem valores invertidos e, então soma-se esses valores aos dos outros 5 itens, totalizando um valor único para a escala, correspondente as respostas dos 10 itens. O intervalo possível dessa escala é de 10 (10 itens multiplicados por um valor 1) a 40 (10 itens multiplicados por valor 4). Alta autoestima, como refletida na escala de Rosenberg, expressa o sentimento que o indivíduo tem em achar-

se “bom o suficiente”. O indivíduo respeita a si mesmo, considera-se capaz sem, necessariamente, sentir-se superior às outras pessoas. Alta pontuação indica elevada autoestima.

Quanto à autoavaliação de saúde, perguntou-se ao participante “O (a) senhor (a) acha que sua saúde é:”, com cinco opções de resposta variando de péssima a ótima. Por último, a fim de caracterizar a amostra empregou-se um questionário sócio-econômico-demográfico. Com questões relativas a sexo, idade, escolaridade, estado civil, religião e renda mensal.

Procedimentos

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com o parecer de número 0655.0.133.000-11, teve início a coleta de dados que se prolongou durante o ano de 2012. Em se tratando do método de amostragem por conglomerado, foram selecionados setores censitários da cidade, com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os alunos devidamente treinados e identificados visitavam as casas que se encontravam dentro dos setores. Havendo alguma pessoa residente, que se enquadrasse no critério do estudo, este era apresentado ao participante e/ou familiar responsável. Após aceite, e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), iniciava-se a entrevista. Para este estudo só foram considerados os participantes que pontuaram acima do ponto de corte do MEEM, avaliado de acordo com a escolaridade.

Os dados foram tratados com o auxílio do Software Estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Foram realizadas estatísticas descritivas, seguido de divisão do banco de dados em três grupos de auto avaliação de saúde (Péssima/Ruim – Regular – Boa/Ótima), realizando-se análise de regressão linear, tendo a autoestima como variável critério, BES como variável dependente.

RESULTADOS

Com relação ao perfil sociodemográfico da amostra estudada, a maioria dos participantes foi do sexo feminino 73,5%, a média de idade foi de 71,50 anos; (DP=8,0), com idade entre 60 - 69 anos (44,4%); 70 - 79 anos (38,6%) e 80 - 96 anos (17,1%). Casada ou vivendo com companheiro (44,1%). Quanto à escolaridade 53,3% declararam ter cursado o ensino fundamental, 12,3% o ensino médio, 10,5% o ensino superior e 21,8% dizem nunca ter ido à escola. A maioria dos participantes é católica (71,9%), possuem residência própria (75,9%) e renda mensal pessoal de até um salário mínimo (60,8%).

A fim de responder os objetivos do trabalho, foram realizadas análises estatísticas para verificar a possível relação entre autoestima e BES com base na autoavaliação de saúde dos participantes. Os dados resultantes estão apresentados na Quadro 1.

Quadro 1

Correlação entre autoestima e BES de acordo com a auto avaliação de saúde.

Auto avaliação de saúde	<i>R</i>	<i>F (gl)</i>	<i>R</i> ² (aj.)
Ruim e péssima	-0,24*		
Regular	-0,26**	15,15 (1,196)	0,67
Boa/ótima	0,31**	15,00 (1,134)	0,94

*p=0,52; **p<0,001;

Observou-se que para o grupo de saúde ruim e péssima a correlação entre autoestima e BES se manteve no limite da significância estatística ($r=-0,24$; $p=0,52$). No

grupo de saúde regular, observou-se associação entre as variáveis ($r=-0,26$; $p<0,001$) sendo a autoestima capaz de explicar 6,7% da variação do BES ($R^2_{aj.}=0,67$); $F(1,196)=15,15$; $p<0,001$. No grupo de saúde boa/ótima, a associação se manteve ($r=-0,31$; $p<0,001$) sendo o modelo capaz de explicar 9,4% da variação do BES ($R^2_{aj.}=0,94$); $F(1,134)=15,00$; $p<0,001$.

DISCUSSÃO

A amostra estudada é predominantemente composta por mulheres, este fato configura o chamado processo de feminização. O maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo, além das diferenças de atitude entre homens e mulheres em relação ao controle e tratamento das doenças. (Victor, Ximenes & Almeida 2009).

A velhice é um período em que ocorre declínio de funções físicas e psicológicas, que interferem na qualidade de vida do indivíduo. O estudo de variáveis positivas tem demonstrado a importância destas para a adaptação do indivíduo a esta fase da vida.

A correlação significativa entre BES e autoestima é um resultado comum a outras pesquisas. Estudo realizado por Zanon, Bastianello, Cerentini e Hutz, (2013) sobre afetos revelou correlações positivas entre autoestima e afetos positivos e correlações negativas e moderadas com afetos negativos. as pessoas que vivenciam afetos positivos mais frequentemente se encontram mais satisfeitas com suas vidas, com expectativas positivas em relação ao futuro e autoestima mais elevada. De acordo com Silva, Santos, Squarcini, Souza, Azevedo e Barbosa (2011) a autoestima elevada é fundamental para um envelhecimento mais saudável e feliz

Estudo realizado por Antunes, Mazo e Balbé (2011) evidenciou-se no estudo a capacidade da autoestima em explicar a variação do BES dos que consideram a saúde como boa/ótima, na medida em que estes apresentaram autoestima elevada, e em menor grau os de saúde regular. Nesta perspectiva, é possível afirmar que a maneira como a saúde afeta o bem-estar e as sensações de satisfação pessoal são importantes e significativas para a qualidade de vida dessa faixa etária, destacando assim a relevância da temática em questão.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B., Sousa, F. M., & Martins, C. R. (2010). Validação das escalas de satisfação com a vida e afetos para idosos. *Psico*, 41, 85-92..
- Alves, R.(2008). O bem estar subjectivo e a prática desportiva em adolescentes da região autónoma de madeira. (Dissertação – Universidade do Porto).
- Antunes, G., Mazo, G. Z., & Balbé, G. P. (2011). Relação da Autoestima entre a Percepção de Saúde e aspectos sócio-demográficos de idosos praticantes de exercício físico. *Revista de Educação Física*, 22, 583-589. doi:org/10.4025/reveducfis.v22i4.10825.
- 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, 769-780. doi:org/10.1590/S0102-311X2012000400016.

- Castro, A.A. (2011). Qualidade de Vida e Capacidade Funcional em Idosos Adeptos a Educação Física Gerontológica. *Boletim Informativo Unimotrisaude em Sociogerontologia*, 1, 39-55.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575. doi: 10.1037/0033-2909.95.3.542
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117. doi:org/10.1037//0022-3514.47.5.1105
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- Dini, G.M. (2001). Adaptação cultural, validade e reprodutividade da versão brasileira da escala de autoestima de Rosenberg. (Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo).
- Ferreira, C.L., Santos, L.M.O., & 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.
- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Giacomin, K. C. (2012). Envelhecimento Populacional e os Desafios para as Políticas Públicas, In M.V.Berzins, & M.C. Borges, (Edts). *Políticas Públicas Para um País que Envelhece*. (pp. 19-44). São Paulo: Martinari.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sposito G. (2008). Relações entre bem-estar subjetivo e funcionalidade de idosos em acompanhamento ambulatorial de um hospital universitário. (Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual de Campinas).
- Silva, L. W. S., dos Santos, R. G., Squarcini, C. F. R., de Souza, A. L., de Azevedo, M. P., & Barbosa, F. N. M. (2011). Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa-perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 14, 145-166.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2011). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da Psicologia Positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 658-665. doi:org/10.1590/S0102-79722011000400005.
- Meurer, S. T.; Benedetti, T. R. B.; Mazo, G. Z. (2011). Teoria da autodeterminação: Compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 16, 18-23.
- Neri, A.L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.12-18). Campinas: Alínea.
- Teixeira, I., & Neri, L. (2008). Envelhecimento Bem-sucedido: Uma meta não curso da vida. *Psicologia USP*, 19, 81-94. doi:org/10.1590/S0103-65642008000100010.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43, 548-554. doi:org/10.1590/S0034-89102009005000025.

- Victor, J.F., Ximenes, L.B., & Almeida, P.C. (2009). Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 49-54. doi:org/10.1590/S0103-2100200900010000.
- Zanon, C., Bastianello, M., Roat, P., Cerentini, J., & Hutz, C.S. (2013). Desenvolvimento e Validação de uma escala de afetos positivos e Negativos. *Psico-USF*, 18, 193-201. doi:org/10.1590/S1413-82712013000200003.

TERAPIA COMUNITÁRIA: PROCESSO DE FORTALECIMENTO DA RESILIÊNCIA DE PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

Selma Perdomo ✉ 1, Joaquim Hudson Ribeiro 1, Maria de Nazaré Ribeiro 1, Lorena Sério 1, Edvania Oliveira 2, Cleisiane Diniz 1 e Orlando Barbosa 3

1-Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas – ESA/UEA, Manaus – Amazonas, Brasil; 2- Curso de Psicologia da Faculdade Martha Falcão, Manaus-Amazonas, Brasil; 3-Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus – Amazonas, Brasil.

A vida humana é marcada por inúmeras adversidades, períodos de instabilidade, desafios e mudanças, vivenciados de forma singular e subjetiva. Ninguém escapa às adversidades da vida sendo o principal desafio a busca por equilíbrio. Porém, haverá momentos difíceis em que se questionará: “será que vou suportar tal sofrimento? Será que conseguirei transpor tal obstáculo?”

Quando as condições e garantias de direitos para se viver com dignidade são negligenciadas, surgem os contextos desagregadores, de exclusão social e de empobrecimento da população, que normalmente são agravados pelas condições socioeconômicas, insuficiência ou ausência de recursos institucionais, provocando não apenas a pobreza econômica, mas uma pobreza cultural dos laços sociais, das capacidades de organizações e, sobretudo, uma pobreza da imagem de si, que muitas vezes culmina com a perda da própria identidade (Andrade, 2009).

É preciso colaborar na transformação das condições de exclusão social que vivem milhares de pessoas, fazendo com que se integrem, que descubram seus valores como pessoas, os valores que a cultura oferece como recursos, que foram destruídos pelo colonizador e continuam sendo por outras formas de colonização, temos que ajudá-las nesta descoberta. Temos que ajudá-las a verbalizar suas sensações e suas emoções, transformando-as em pensamento transformador. A partir daí, os excluídos poderão ser sujeitos da história e não mais meras vítimas e espectadores. Mas é preciso contribuir na sua organização, na criação de grupos e espaços de partilha e escuta.

Nesse sentido e, considerando as mais diversas facetas da vida, surge o conceito de resiliência como sendo “a capacidade do ser humano de enfrentar as adversidades da vida, aprender com elas, superá-las e inclusive, ser transformado por elas” (Grotberg, 2008, p. 15). A resiliência é um tema que está inserido na psicologia humanista e psicologia positiva (Dell’Aglio, Koller & Yunes, 2011; Snyder & Lopez, 2009), mantendo o foco nas potencialidades humanas e reconhecendo a pessoa como protagonista de sua história.

Ao estudar o bem estar físico e a resiliência, Omar (2005) afirma que o bem estar está intimamente ligado à qualidade de vida por ser este um conceito multidimensional abrangendo várias áreas da vida, desde as dimensões física, mental, social até os

✉ - Selma Barboza Perdomo, Av. Visconde Porto Seguro, 500; Condomínio Ilha do Sol, casa 7, CEP: 69058-090, Manaus – Amazonas – Brasil, e-mail: selmaperdomo@hotmail.com

sentimentos de pertencimento e confiança nos outros. Um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento da resiliência é ter expectativas realistas do que cada um pode conquistar, de acordo com seus talentos e capacidades próprias (Fiorentino, 2008). Ressalta, ainda, a importância do reconhecimento das fortalezas pessoais dando a capacidade de experimentar situações exitosas que lhes deem a percepção de auto eficácia. É agindo dessa forma que profissionais da área da saúde poderão promover vínculos sociais saudáveis, incrementando na comunidade as condições resilientes.

Esse pensamento vem ao encontro dos fundamentos da Terapia Comunitária (TC) que possui como principal meta identificar e suscitar as forças e capacidades dos indivíduos, das famílias e das comunidades para que, por meio desses recursos, possam encontrar suas próprias soluções e superar as dificuldades impostas pelo meio e pela sociedade (Barreto, 2008).

A TC nasce na Comunidade de Quatro Varas (Favela do Pirambu), em Fortaleza (Ceará, Brasil), criada pelo médico psiquiatra e antropólogo brasileiro Adalberto Barreto, fruto de um projeto de pesquisa e extensão do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, iniciado em 1983. Segundo seu fundador, é a partilha de experiências que aponta as possibilidades de superação dos sofrimentos do cotidiano. O grupo e a comunidade tornam-se espaços de acolhimento e de cuidado. Essa é a base da TC que tem ainda procurado construir sua identidade em cinco grandes eixos teóricos, segundo Barreto (2008):

- O Pensamento Sistêmico, que nos permite compreender que somos um todo, e em que cada parte influencia e interfere na outra parte. Temos problemas, mas também temos as soluções;

- A Teoria da Comunicação nos lembra a riqueza e a variedade das possibilidades de comunicação entre as pessoas e nos convida a ir além das palavras, para entender a busca desesperada de cada ser humano pela consciência de existir e pertencer, de ser confirmado e reconhecido, como indivíduo e cidadão;

- A Antropologia Cultural nos alerta para a importância da cultura, esse grande conjunto de realizações de um povo ou de grupos sociais, como o referencial a partir do qual cada membro de um grupo se baseia, retira sua habilidade para pensar, avaliar e discernir valores, e fazer suas opções no cotidiano;

- A Resiliência, como conceito que nos permite ultrapassar uma visão de mundo que exclui outras fontes produtoras de “saber”. Não podemos negar que os indivíduos e grupos sociais dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais.

Essa pesquisa parte do pressuposto de que pessoas que possuem feridas nas pernas, decorrentes de insuficiência venosa, trazem consigo problemas relacionados à autoimagem e dificuldades relacionadas à vida social, uma vez que estas lesões exigem mudanças na vida cotidiana impondo limitações na vida dessas pessoas.

As feridas ou úlceras podem ser conceituadas como rupturas de estruturas anatômicas do corpo, que levam ao comprometimento da função fisiológica dos tecidos envolvidos. Implicam numa solução de continuidade, aguda ou crônica, na superfície dérmica ou mucosa, acompanhada de processo inflamatório (Carpentier, Maricq, Biro, Poncot-Makinen, & Franco, 2004; Ragnarson & Hjelmgren, 2005). É, portanto, o rompimento da estrutura e do funcionamento da estrutura anatômica normal, resultante de um processo patológico que se iniciou interna ou externamente no(s) órgão(s) envolvido(s) (Santos, Nascimento & Andrade, 2009; Valencia, Falabella, Kirsner, & Eaglstein, 2001).

Há pessoas com úlceras venosas em todos os seguimentos sociais. No Brasil não é diferente, mas o grande desafio é contornar as dificuldades daqueles que desprovidos de

recursos adequados para serem assistidos por serviços particulares, necessitam procurar instituições públicas para receberem o tratamento. São conhecidas as dificuldades inerentes aos serviços públicos de saúde, dos quais podemos citar como causa importante a grande demanda e busca de atendimento e carência de recursos para atendê-la adequadamente.

Por se tratar de úlcera crônica e de difícil cicatrização é necessário saber o quanto esta lesão interfere na qualidade de vida, buscando ainda conhecer a capacidade que essas pessoas possuem em superar as adversidades da vida impostas pela insuficiência venosa, uma vez que estas são vivenciadas de forma singular e subjetiva, onde cada pessoa possui uma forma distinta de dar significado aos fatos e a sua existência.

Fruto de uma parceria entre a Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e a empresa canadense 3M do Brasil, no dia 2 de dezembro de 2011 foi inaugurado em Manaus o primeiro Laboratório de Estomaterapia do Brasil, voltado para a produção de pesquisa e atendimento de pessoas portadoras de feridas agudas ou crônicas, estomias (intervenção cirúrgica que cria uma fenda para expelir fezes e urina) e incontinências. Vinculado ao projeto de pesquisa desse laboratório intitulado “Efeito da película protetora nas bordas de úlcera venosa”, em 22 de fevereiro de 2013 inicia-se a pesquisa de intervenção *Tecendo Resiliência: a Terapia Comunitária no processo de fortalecimento de pessoas com úlcera venosa*, que teve como objetivo proporcionar um espaço de escuta e partilha para pessoas com úlcera venosa em vista da promoção de resiliência para superação de desafios impostos pela doença.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de uma pesquisa de intervenção (Aguilar & Rocha, 1997), com abordagem qualitativa (Turato, 2003), pelo interesse de compreender aspectos relacionados às experiências de vida e seus significados frente à dimensão subjetiva dos 30 participantes ($N=30$) do projeto intitulado “Efeito da película protetora nas bordas de úlcera venosa”. O projeto é vinculado ao Laboratório de Pesquisa em Estomaterapia da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, ESA/UEA, desenvolvendo pesquisas relacionadas às pessoas com feridas, estomias e incontinências, assim como todas as áreas que envolvem essas questões. A amostra contou com 100% do universo da pesquisa, sendo 32% homens e 68% de mulheres, maiores de 18 anos, de baixa renda e portadores de úlcera venosa com tempo de evolução $\geq$ a 3 meses. Os que voluntariamente desejaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), nº 044/12 - CEP/UEA.

Material

Para a coleta dos dados utilizamos as seis etapas desenvolvidos por Barreto (2008) para a condução da Terapia Comunitária em grupo. Em cada encontro de TC com o grupo, utilizamos um gravador de voz, música ambiente proporcionada por violão e canções populares à escolha do grupo. Valorizando os aspectos qualitativos, o percurso metodológico foi orientado ainda pelo método da História Oral (HO), mais especificamente, a História Oral Temática sob o enfoque de Bom Meihy (Bom Meihy & Ribeiro, 2011). A HO tem como base de sua existência a narrativa gravada. Todas as modalidades se relacionam às entrevistas realizadas com indivíduos em condição mental estável, que narram suas histórias de forma voluntária, independentemente de benefícios.

Procedimentos

As “rodas de conversa” da TC aconteceram em oito sessões, com duração de duas horas cada, nos meses de fevereiro e março de 2013, obedecendo as seguintes etapas propostas por Barreto (2008):

- Acolhimento: momento das boas vindas e de falar sobre o que se trata a terapia comunitária. É importante dar ênfase ao fato de que cada pessoa possui um saber, seja construído com suas experiências de vida ou adquiridos com familiares.
- Escolha do tema: uma vez os participantes estando à vontade, o animador pergunta ao grupo se alguém gostaria de começar a falar sobre o que esta fazendo-lhe sofrer. O animador fica atento aos temas apresentados, pois será o grupo que irá escolher o tema para ser compartilhado. Importante ressaltar que a decisão será sempre do grupo e não do animador, uma vez ela que ela é feita porque os participantes se identificam com o problema.
- Contextualização: é pedir mais informações sobre o assunto, para que se possa compreender o problema no seu contexto. Nesta hora, são colocadas questões que ajudam a esclarecer o ocorrido, a situar melhor os acontecimentos, permitindo, assim, que se compreenda o problema no contexto global, e ao mesmo tempo, possibilitem à pessoa que fala organizar melhor suas ideias, sentimentos e emoções.
- Problemática: nesta etapa, a pessoa que expôs seu problema fica em silêncio. O animador deixa de lado sua história, não faz perguntas a ela e apresenta, então, um mote (pergunta chave que vai permitir a reflexão durante a terapia). Durante a problematização o animador deve anotar as possibilidades de perguntas chave que permitirão a reflexão durante a terapia. Enquanto as pessoas vão respondendo os motes, o animador vai anotando as colocações mais importantes para poder finalizar a terapia.
- Encerramento: rituais de agregação, conotação positiva: o animador comunica o que mais lhe tocou no tema escolhido e abre para o grupo verbalizar o que aprendeu com as histórias de vida verbalizadas.
- Avaliação (adaptado para essa população): o animador, juntamente com os demais membros da equipe, avalia o desenvolvimento da terapia considerando cada uma de suas etapas.

A partir da escolha de uma questão norteadora presente no encontro, nesse caso intitulada “situação-problema”, o animador procurou estimular e favorecer a partilha de experiências possibilitando a construção de redes de apoio social. Os dados coletados, ou seja, a narrativa livre dos participantes/história oral foram organizados do seguinte modo: a) as principais áreas da vida estão afetadas em decorrência da úlcera venosa; b) as principais estratégias adquiridas pelos próprios pacientes para superação de desafios impostos pela doença; c) a importância da terapia comunitária na formação de vínculos e rede de apoio social coletiva entre os próprios membros do grupo.

As falas dos participantes, após registradas por escrito, segundo o roteiro constituído e registrada em gravador de voz, foram transcritas fielmente respeitando o princípio de fidedignidade para depois serem analisadas e discutidas pelo método da História Oral (HO), sob o enfoque de Bom Meihy.

RESULTADOS

1. Quanto às principais áreas da vida estão afetadas em decorrência da úlcera venosa.

É o trabalho né... Porque se nós tivesse nossas duas pernas boas, nós ia trabalhar melhor e mais, pra poder sustentar nossa família [...] prá dá uma condição de vida melhor pra ela. Mas tando nessa maneira.... Pra mim cai 60%. Eu sempre trabalhei autônomo. Eu trabalhava com vendas. Andava de casa em casa. Depois que eu comecei a piorar da

perna... Porque eu tenho dois filhos menores, que depende de mim ainda, uma vai fazer dezessete agora sábado e o outro tem quinze (W. S. V., 53 anos).

No meu caso eu sou cozinheira. Trabalhava no distrito (industrial da Zona Franca de Manaus) e já pejei pra me aposentar, mas eu tenho que contribuir mais pra mim aposentar. Onde eu moro é bem em frente a uma escolhinha. A gente pensa em botá alguma coisa pra vender. Um lanche. Mas eu tenho por mim que as pessoa não vão vim comprar por causa da minha perna, sabe? Meu filho diz: mãe, deixa tua perna sarar primeiro. Eu tava acostumada a ter meu dinheirinho. Trabalhei 25 anos no Distritito e agora... (M. P. S. V. O., 58 anos).

Minha casa não era murada, era só na cerca, né! Meus vizinhos do lado olhavam pra minha perna e cuspiam. E eu via [...] aí, com sacrifício eu mandei passar o muro bem alto pra parar com isso. E até hoje tem isso. As pessoas hoje não olham pra cara da gente. Elas vão direto pro pé da gente. Então é isso que eu penso (M. P. S. V. O., 58 anos).

O meu filho falou: “mãe, a senhora vai pra minha festa de formatura né? Porque eu vou levar a senhora”. Aí eu disse prá ele: eu vou nada com esse pé. Bem capaz deu ir pra formatura de pé amarrado. De tanto ele insistir aí eu fui. Eu deixei que a formatura começasse. Aí eu peguei um taxi e cheguei atrasada, de propósito. E fiquei sentada lá atrás (M. P. S. V. O., 58 anos).

Uma colega de igreja me disse: “como é que a senhora vai com essa ferida velha no seu pé? Eu olhei assim na cara dela e não dei nem resposta. Aí ela disse: a senhora só pode ser perturbada mesmo [...] (M. N. S. S., 67 anos).

Quando tá chovendo é uma dificuldade para andar e pegar o ônibus. Não dá pra limpar a casa, porque não pode molhar o pé e se molhar corre o risco de pegar uma infecção muito grande né. Então, nesse sentindo como ela disse, diminuiu nossa atividade (M. F. A. T., 58 anos).

2. Principais estratégias adquiridas pelos próprios pacientes para superação de desafios impostos pela doença.

Quando ficou triste e preocupado por algo que falaram eu tento não ligar e aceitar os prós e os contras da situação ocorrida (M. A. T., 66 anos).

Muitas vezes parece que só enxergam a perna da gente. Perguntam logo: como está a perna? Até que um dia resolvi responder: olhe, eu não sou só perna [...] porque muitas vezes quando guardamos só pra gente nos faz mau (N. M. F. P.).

Eu tenho uma amiga que tudo que ela pensa ela diz que as pessoas têm preconceito da enfermidade dela. Ela diz: imagina se eu tivesse a perna assim igual a senhora, imagina se eu fosse assim igual a senhora.... Mas eu não me sinto diferente não. [...] Eu fiz foi ajudar ela (M. P. S. V. O., 58 anos).

Às vezes a gente se preocupa tanto com a opinião dos outros e a gente se limita, né! E às vezes, é questão de preconceito também nosso. Eu não tenho vergonha. Eu não deixo de ir pras coisas porque vão ficar me olhando. [...] e você não pode se reprimir por causa do pensamento dos outros. Já passei muitas vezes por isso. Porque às vezes as pessoas nem falavam e a gente já pensava. [...] eu me preocupava muito. Aí minha filha falava: mamãe a senhora se preocupa muito com que as pessoas falam (M. F. A. T., 58 anos).

Já eu, enfrento as coisas. Minha filha disse: mamãe, a senhora vai no banco desse jeito? Eu disse: tu tá me vendo do avesso? Eu vou pro banco sim, porque eu não tenho vergonha de mim, porque eu não pedi pra isso acontecer. Apareceu. [...] vocês aqui e as pessoas

deviam parar para pensar. É preciso aprender a conviver com as dificuldades. Por isso eu enfrento (M. H. R. L., 56 anos).

No caso eu fui pra um retiro. Fiquei sem tomar banho, sem sair, sem passear... Fiquei olhando, vendo o pessoal todo tomando banho. Aí eu coloquei uma meia na perna. Fui, tomei banho e me diverti. Eu não me divertia por causa de mim mesma. Eu ficava pensando que eu podia estar me divertindo faz tempo. Eu fui! Tive coragem! E achei normal. Todo mundo se divertia junto. Ninguém ficou me olhando. Eu fiquei perto de gente que eu acho que me dava mais força (J. P. S., 30 anos).

Gente, não podemos andar de cabeça baixa, devemos enfrentar, então devemos tentar, tentar, tentar... (M. H. R. L., 56 anos).

[...] e eu peço a Deus paciência pra aguentar a dor (E. V. P., 53).

Quando apareceu a ferida na perna, eu perdi o emprego. Minha mulher sabia fazer comida. Aí ela disse: tenho medo de botar e não dar certo porque vão olhar tua perna [...]. Eu pensei: quando eu boto alguma coisa pra vender, eu não vou contar com os vizinhos, eu vou contar com quem tá passando de carro, na rua. Eles que vão comprar. Vou dizer prá vocês sobre essa questão de preconceito: eu não to nem aí !. Eu botei prá fazer comida lá em casa [...] E o trabalho? Não dá pra passar fome. Dá pra ver aqui na minha filha do meu lado, né (risos) (F. J. G. C., 49 anos).

3. Relatos sobre a importância da terapia comunitária na formação de vínculos e rede de apoio social coletiva entre os próprios membros do grupo.

O que eu mais gostei de tudo, foi quando falamos do preconceito. O preconceito vem muito de mim mesma. Vou pensar e refletir sobre isso (M. P. S. V. O., 58 anos).

Eu consegui uma amizade aqui no grupo, que infelizmente eu queria que fosse mulher. Mas ele fala, se comunica bem. Ainda mais que ele é flamenguista (time de futebol). Infelizmente ele não tá aqui, porque ele não veio hoje. É o Raimundo (nome fictício). É porque ele pergunta como tá meu processo de cicatrização. É bom saber que tem gente aqui que se preocupa com a gente. Eu me identifiquei mais com ele. Ele também gosta do mato (floresta) como eu. Aí a gente conversa muito (J. J. M. C., 59 anos).

Eu me aproximei da M. M. S. Ela tava desesperada quando chegou aqui porque sentia muita dor. Aí eu falei pra ela que ela tinha que ter fé, porque Jesus está com ela. Procurei ajudar ela, né! Que ela tinha que ter calma e confiasse também no tratamento que as meninas tão fazendo aqui [...] Hoje, uma boa notícia: ela tava toda alegrinha ali, sorrindo, com os lábios pintados (risos). Achei diferente [...] Ela disse que a ferida com o tratamento aqui tava cicatrizando (N. M. F. P., 52 anos).

Eu fiz! Mas eu não gosto muito de falar não. No caso, eu fui buscar a D. A. E. S. prá trazer prá cá pra UEA. Eu moro no Japiim (Zona Sul de Manaus). E, cedinho, de madrugada você entra ali naquele lugar que ela mora, que é perigoso, lá no Monte Pascoal (Zona Norte), tudo deserto né. [...] o caminho é um pouco perigoso, mas ela precisa, né. Ela disse que é difícil de pegar ônibus, porque ela recebe ajuda da prefeitura, comunitário, e parece que final de semana eles não trabalham. Aí eu vou pegar ela no meu carro (J. J. M. C., 59 anos).

Nós tava sentado ali no corredor esperando o curativo e a terapia comunitária. Aí nós tava comentando com o pessoal aqui que nós tá evoluindo tão bem que chega

até a dar um sentimento de angústia por saber que ta acabando (risos). Mas é serio! Eu tava falando: é o contato com as pessoas. Antes eram tudo estranho, depois não, a gente se conhece [...] porque a amizade é tão importante né? [...] vou parar porque já ta até me dando vontade de chorar [...] (J. J. M. C., 59 anos).

Eu sempre falo pra minha esposa, né. Hoje eu ia trazer ela só prá ela sentir um pouco do que a gente faz aqui. Eu digo prá ela: lá é muito bom. Eu vejo que tratam a gente com carinho, tão tratando a gente com amor [...], com amor sim. Eu disse lá em casa: olha, você chega lá, você pode tá com a perna quase caindo, mas é tanta da gente bonita...(risos) E te tratam bem (F. J. G. C., 49 anos).

Esse caminho que a gente passou até aqui (lágrimas) eu comparo assim... Me convidaram pra vim prá cá. Eu quase sem esperança. O tratamento deu certo e minha perna sarou. Agora eu vou fazer a cirurgia e comigo... Comigo não! Com nós todos aqui, né? Foi maravilhoso. [...] vocês também fizeram eu levantar meu astral, que eu andava muito triste e eu só agradeço (M. L. A. A, 54 anos,).

Eu também aprendi muito aqui. Quero dizer que o amor precisa ser expressado, né? Não pode ser só aquele amor de palavras e nem de conforto, mas de ações, de atitudes, de participação e de partilha. O amor tem que ser verdadeiro. Você não pode dizer só quando tem um problema. Ah tá... Eu te apoio. Mas você tem que saber que você pode ajudar de qualquer forma. Uma ajuda palpável, não só de consolar e ficar assim mesmo. Porque o amor é uma coisa ativa e não passiva. E não pode ser sozinho. Tem que ter os outros junto. Tem que ter ação. Eu digo prá vocês: procurem uma parceria a mais. Mas faça com que esse amor seja ativo sempre (M. F. A. T., 58 anos).

DISCUSSÃO

1. Principais áreas da vida afetadas em decorrência da úlcera venosa

Os relatos dos participantes da pesquisa demonstram que a estigmatização do portador de feridas, faz com que a pessoa perca os direitos de exercer sua cidadania, segregando-os socialmente e os tornando vítimas de preconceitos. A atividade laboral e de mobilidade são bastante afetadas.

Segundo Carvalho, Sadigursky e Viana (2006), pessoas que vivenciam feridas estão marcadas por sentimentos de culpa, tristeza, autodesprezo, raiva, imperfeição, inutilidade, frustração e solidão. Situação que pode ser traduzida como uma morte simbólica do “eu” subjetivo. A identidade, construída em relação ao seu viver no mundo com o outro e consigo mesmo, sofre alteração. Elas experimentam muitos sentimentos negativos que aos poucos alteram sua autoestima e autoimagem sendo importante o apoio terapêutico de profissionais das diversas áreas.

Ribeiro (2011) afirma que a presença de uma lesão extensa nos membros inferiores implica em interferência sobre a autonomia e independência da pessoa. Além disso, há uma infinidade de sentimentos envolvidos no processo de alteração do corpo, já que ele tem importância vital enquanto meio de inserção e relação com o mundo. Toda essa situação provoca sentimentos que levam à perda da auto-estima e fazem com que o pessoa se auto segregue. Ao ressaltarem as respostas sociais que lhes são dirigidas, num eixo entre a reciprocidade e a rejeição, apontam a culpa da exclusão a outra pessoa e nunca a si mesma, embora percebamos que a exclusão acontece de ambos os lados.

De modo geral, as principais áreas que estão afetadas na vida de pessoas com úlcera venosa é: a física, em que se destacaram a dor, o nível e odor do exsudato e a perda da independência; e a psicológica, evidenciada com problemas emocionais, como a

preocupação com a cicatrização, relacionamentos sociais, imagem corporal e isolamento social.

A exclusão sofrida pelos portadores de úlcera venosa é também decorrente de um processo sócio histórico e cultural determinado por sua repercussão em todos os aspectos da vida social da pessoa portadora de ferida, mas que prevalece como necessidade do eu, como significados, sentimentos e ações subjetivas. Desde a antiguidade, o indivíduo portador de feridas (especialmente os portadores de hanseníase) já era estereotipado como entidade negativa ou como incômodo para a sociedade vigente e qualificado como ser desprezível, impuro, estigmatizado e excluído do convívio social (Ribeiro & Suzuki, 2013).

O preconceito impede ver a realidade e ofusca a visão da própria humanidade do outro, do diferente. Fortalece a intolerância e cria mecanismos cada vez mais extensos e factíveis, que acabam gerando uma cegueira permanente. Portanto, pessoas que vivenciam feridas necessitam de uma rede de apoio assistencial não só para garantir-lhes curativos, exames e consultas, mas de compreensão no sentido de se perceberem valorizadas socialmente, como pessoas úteis e dignas e de atividades que lhes devolvam vida produtiva dentro de suas limitações (Carvalho, Sadigursky & Viana, 2006).

2. Principais estratégias adquiridas pelos próprios pacientes para superação de desafios impostos pela doença.

Percebemos nos relatos que é a partilha de experiências entre os participantes que mostra as possíveis estratégias de superação dos sofrimentos do cotidiano e permite a comunidade encontrar, nela mesma, as soluções para os problemas que a pessoa, a família e os serviços públicos não foram capazes de encontrar isoladamente. Barreto (2008) e Grandesso (2007) observam que a comunidade descobre que ela tem problemas, mas também tem as soluções.

Quem chega com um problema vai sair com algumas possibilidades de resolução e, aos poucos, vai descobrindo que a superação dos problemas não é obra particular de um indivíduo, de um iluminado, ou de um terapeuta, mas é da coletividade. Descobrir que seu sofrimento tem a ver com variantes sociais que precisam ser prevenidas possibilita às pessoas: relativizar seus sofrimentos; descobrir que não estão sós; receber o apoio do grupo; criar novos vínculos e construir nova rede de apoio, favorecendo um maior grau de autonomia, de consciência social e corresponsabilidade.

Por fim, promover resiliência (Rocha, 2009; Barreto, 2008; Grandesso, 2007).

As pessoas resilientes valorizam muito os vínculos de apoio e estímulo, o que lhes permitem alimentar sua autoconfiança e auto-estima. Não podemos negar que os indivíduos e grupos sociais dispõem de mecanismos próprios para superar as adversidades contextuais [...] a resiliência é um processo, é um caminho a seguir, o qual o indivíduo, levado pelas torrentes da vida, pode vencer, graças ao seu poder resiliente (Barreto, 2008, p. 98).

A Terapia Comunitária se apoia, pois, nas competências dos indivíduos e nos saberes produzidos pela experiência. Seus participantes são verdadeiros especialistas do sofrimento, cujas histórias de vida têm permitido se tornarem especialistas na superação de obstáculos e na produção de um saber, geralmente, ignorado pela Universidade. Em contextos de precariedade, ignorar os recursos internos pessoais e os externos torna toda ação um paliativo, que serve bem mais para aliviar nossa consciência do que para responder a uma demanda de forma eficaz (Barreto, 2008; Guimarães & Ferreira Filha, 2006).

Entendemos que a mudança de perspectiva no pensar e fazer no campo da construção do saber popular agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa como cidadã,

participativa e consciente de sua condição de vida. Isto implica em proposta de ação voltada ao diálogo e a intermediação de práticas e saberes que dele resulta. Implica em despertar no outro, condições de ser sujeito resiliente e de promover saúde. Isso é possível nas “rodas de TC”, fortemente sustentada na Pedagogia de Paulo Freire.

Na proposta Freireana há uma busca pela emancipação de um poder de dominação, que oprime os que estão à margem dos privilégios, dos desfrutes de riquezas materiais e também do usufruto do próprio poder, em termos administrativos. É preciso, portanto, uma articulação dos que estão presos para que venham alcançar a libertação das cadeias opressoras (Freire, 1980; 1987 e 2005).

Sobre isso, observa Alvin e Ferreira:

Quando falamos de diálogo no cuidar e no educar [...], nos permitimos um encontro com a teoria freireana, como eixo central de discussão na pedagogia da saúde. Em especial, chamamos à atenção aos princípios da dialogicidade, como exercício vivo de diálogo: transitividade da consciência, de ingênua à crítica; pedagogia críticoreflexiva; transformação-ação; e educação dialógica. Esses princípios subsidiam a discussão sobre a intermediação de saberes e práticas impressos nas vivências e experiências dos grupos humanos, sejam eles profissionais ou populares (Alvin & Ferreira, 2007, p.316).

Portanto, a proposta de uma ação transformadora de cuidar e educar fundamenta-se na condição de retornar ao senso comum. Evidentemente, não no sentido de destruí-lo ou expropriá-lo, mas de torná-lo mais coerente e consciente de sua realidade concreta frente ao sistema (Carvalho, 2013).

3. A importância da Terapia Comunitária na formação de vínculos e rede de apoio social coletiva entre os próprios membros do grupo

Giffoni (2008) e Carvalho (2013), observam que a TC proporciona uma mudança de atitude quando cria um espaço de diálogo que não existia na vida de seus participantes, um mundo comum de argumentação sobremaneira particular. E quer existam ou não, lá fora, espaços a serem compartilhados, a TC oferece oportunidades para que as pessoas façam parte de um espaço público, e esse mecanismo demonstra que elas são dotadas de direitos, ao vivenciarem manifestações de aprendizado e inclusão social que são comuns a todos os membros das rodas. Identificar transformações na vida dos participantes das “rodas” de TC tem uma considerável importância, o que se leva a inferir que a TC, como tecnologia de cuidado, vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir do encorajamento e da sociabilidade para que eles se tornem protagonistas de suas próprias vidas (Carvalho, 2013). A autora ainda afirma:

Os usuários reconhecem o espaço da TC como um universo utilizado para socializar os sentimentos do cotidiano e o intercâmbio de experiências. Por meio das falas, sinalizam melhorias no estilo de vida e modificações em seus hábitos que contribuíram para a sociabilidade e para novas leituras acerca do lidar com o adoecimento em sua convivência social e familiar. Entende-se que a TC promove a recuperação dos processos de socialização natural que constituem a vida humana. Isso acontece na convivência com outros indivíduos, que auxilia no reconhecimento dos outros como cooperadores. O sujeito passa a se reconhecer como um semelhante-diferente, ou seja, como uma pessoa que tem inúmeras diferenças, mas que, simultaneamente, é um ser semelhante a outro na medida em que vivencia situações parecidas, embora diferentes quando visualizadas em contextos distintos (Carvalho, 2013, p. 92)

Enfim, de um modo geral, constatamos que os encontros realizados com as pessoas portadoras de úlceras venosas por meio das “rodas de conversa” da Terapia Comunitária, colaborou em reativar as potencialidades de cada pessoa pertencente ao grupo em foco,

onde estes buscaram e encontram estratégias capazes de enfrentar os desafios provocados pela enfermidade, da mesma forma que proporcionou espaços de encontro pessoal, de reforço dos laços sociais, portanto, de promoção de resiliência,

REFERÊNCIAS

- Aguiar, K. F., & Rocha, M. L. (1997). Práticas universitárias e a formação sócio-política. *Anuário do Laboratório de subjetividade e política*, 3, 87-102
- Alvin, N.A.T., & Ferreira, M.A. (2007). Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto & Contexto- Enfermagem*, 16, 315-9. doi: 10.1590/S0104-07072007000200015
- Andrade, F. B. (2009). *A Terapia Comunitária como instrumento de inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica: avaliação da satisfação dos usuários*. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem / Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB
- Barreto, A.P. (2008). *Terapia Comunitária passo a passo*. Fortaleza: gráfica LCR.
- Bom Meihy, J.C.S., & Ribeiro, S.L.S. (2011). *Guia Prático de História Oral*. 1. ed. São Paulo: Contexto.
- Carpentier, P.H., Maricq, H.R., Biro, C., Poncot-Makinen, C.O., & Franco, A. (2004). Prevalence, risk factors, and clinical patterns of chronic venous disorders of lower limbs: a population based study in France. *Journal of Vascular Surgery*, 40, 650-659. doi: org/10.1016/j.jvs.2004.07.025.
- Carvalho, E.S.S., Sadigursky, D., & Viana, R. (2006). O Significado da Ferida para as Pessoas que a Vivenciam. *Revista Estima*, 4, 26 -32.
- Carvalho, M. A. P. de. (2013). *Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para usuários e familiares de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): história oral temática*. 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Dell’Aglia, D.D.; Koller, S.H., & Yunes, M.A.M. (2011). *Resiliência e Psicologia Positiva*. Interfaces di Risco à proteção. 2. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Florentino, M.T. (2008). La construcción de La resiliencia em El mejoramiento de La calidad de vida y La salud. *Suma Psicológica*, 15, 95-114
- Freire, P. (1980). *Educação como prática da liberdade*. 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. 31. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31 ed. São Paulo: Paz e Terra.
- Giffoni, F.A.O. (2008). Saber ser, saber fazer: *Terapia Comunitária: uma experiência de aprendizagem e construção da autonomia*. 235f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Grandesso, M. (2007). Terapia comunitária: uma prática pós-moderna crítica. Considerações teórico-metodológicas. In: M. Grandesso, & M.R. Barreto, (Org.). *Terapia Comunitária: tecendo redes para a transformação social*. Saúde, educação e políticas públicas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grotberg, E.H. (comp). (2008). *La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las diversidades*. Editora Gedisa, Barcelona – Espanha.
- Guimarães, F.J., & Ferreira Filha, M.O. (2006). Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8, 404-414.
- Omar, A. (2005). Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes. *Psicodebate7: Psicología, Cultura y Sociedad*, 141-154.

- Ragnarson, T.G., & Hjelmgren, J. (2005). Annual cost of treatment for venous leg ulcers in Sweden and the United Kingdom. *Wound Repair and Regeneration*, 13, 13-8. doi: 10.1111/j.1067-1927.2005.130103.x
- Ribeiro, M.N.S., & Suzuki, J.C. (2013). *Vidas mutiladas nos espaços da hanseníase*. 1ª ed. Manaus: UEA Edições.
- Ribeiro, M.N.S. (2011). *De leprosário a bairro: reprodução social em espaços de segregação na Colônia Antonio Aleixo (Manaus-AM)*. 283p.; il. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia. Área de concentração: Geografia Humana.
- Rocha, E.F.L. (2009). *A Terapia Comunitária e as mudanças de práticas no SUS*. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Santos, R.P., Nascimento, C.A., & De Andrade, E.N. (2009). Uso da eletroestimulação de alta voltagem na cicatrização de úlceras venosas. *Fisioterapia em Movimento*, 22, 615-623.
- Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2009). *Psicologia Positiva*. Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed.
- Turato, E.R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Valencia, I.C., Falabella, A., Kirsner, R.S., & Eaglstein, W.H. (2001). Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44, 401-421.

ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO, DEPRESSÃO E DEMÊNCIA EM PACIENTES COM INFECÇÃO PELO HIV: SEMELHANÇAS.

João da Costa Chaves Júnior [✉] 1 e Nelson Silva Filho 2

1- Departamento de Ciências Biológicas, Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, Estado de São Paulo – Brasil 2- Departamento de Psicologia Clínica; Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Campus de Assis, Estado de São Paulo – Brasil.

De acordo com o DSM-5 elaborado por American Psychiatric Association, (2012), uma pessoa está sofrendo de Stress Pós Traumático (PTSD) quando, depois de ser exposta a um evento traumático, ela experiencia sintomas de intrusão ⁴⁶(lembanças ou pesadelos), comportamento persistente de esquiva à estímulos associados ao evento, alterações negativas no humor e na capacidade cognitiva (por exemplo: persistente estado emocional negativo, ou sentimentos de distanciamento ou indiferença em relação às outras pessoas) alterações notáveis na excitabilidade e na reatividade (por exemplo: comportamento agressivo ou respostas desproporcionais em sobressalto).

Além disso, a perturbação dura mais do que um mês, produz sofrimento clinicamente significativo ou deficiência em áreas importantes do funcionamento psíquico (por exemplo, social ou ocupacional), e esta perturbação não é decorrente da utilização de uma substância ou de outra condição médica qualquer. Conforme o DSM-V, uma pessoa que não satisfaz todos os quesitos acima, não é considerada como tendo PTSD, mesmo que tenha sido exposta a um acontecimento traumático e tenha experimentado alguns desses sintomas. No que segue, será feita uma comparação entre os níveis de algumas citocinas de pacientes com PTSD, de pessoas não-traumatizados, e de pessoas que experimentaram um evento traumático, mas não sofrem de PTSD de acordo com o DSM-5.

Os pacientes com PTSD apresentam níveis do fator de necrose tumoral α (TNF- α) significativamente mais altos do que em pacientes com trauma (TC) sem PTSD ou controles não traumatizados (NTC). Os níveis de TNF- α em TC são ligeiramente, mas não expressivamente mais altos do que no NTC, segundo Gill et al., (2008) e Von Kaenel et al., (2007). Os níveis da interleucina 2 (IL-2) em pacientes com PTSD são significativamente mais baixos quando comparados com os TC e os NTC. Entretanto, os níveis de IL-2 nos TC são também significativamente mais baixos do que nos NTC, como indica Song et al., (2007). Possivelmente essas diferenças estão relacionadas com atividades inflamatórias intensas, mas também com um decréscimo da taxa de

[✉] - João da Costa Chaves Júnior, Av. Dom Antônio, 2100, Pq. Universitário - CEP: 19806-900, Assis, São Paulo, Brasil, E-mail: jccj54@gmail.com

⁴⁶ violação estupro, transgressão

crescimento das células T, da eficiência da discriminação entre self e non-self e, também da taxa de estimulação da movimentação dos macrófagos.

O nível da interleucina 6 (IL-6) em pacientes com PTSD é significativamente maior do que em pacientes TC ou NTC. Por outro lado, o nível de IL-6 em TC é também significativamente menor do que em NTC, conforme Gill et al. (2008); Rohleder et al. (2004); Maes et al., (1999). A IL-6 contribui tanto para a construção de uma resposta imune (RI) humoral quanto celular, mas também desempenha um papel na estimulação da produção de TNF- α e, portanto concluímos que altos níveis de IL-6 podem estar associados a altos níveis de TNF- α , como aponta Tesng et ali, (2010). Não foram encontradas diferenças nos níveis de IL-10, que está associada à resposta humoral, quando comparamos pacientes com PTSD com pacientes NTC, dado este corroborado por Von Kaenel et al.(2007) e De Kloet et al. (2007).

Geralmente os níveis de algumas citocinas em pacientes com PTSD diferem significativamente dos níveis dos pacientes com TC e NTC respectivamente, embora uma parte dos pacientes TC exibam uma tendência similar aos pacientes PTSD quando comparados com os pacientes NTC. Os controles com trauma, exatamente como os PTSD tem baixos níveis de IL-2 e altos níveis de IL-6. O nível das outras citocinas, em pacientes TC, não diferem significativamente dos controles normais. Os dados sugerem que as pessoas que experienciaram eventos traumáticos foram expostas a altos riscos de fenômenos autoimunes por apresentarem baixos níveis de IL-2 e ao estresse devido ao aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias, como a IL-6 em relação aos NTC. Entretanto, alguns níveis de citocinas em pacientes com PTSD diferem muito mais drasticamente dos NTC indicando um risco mais severo de disfunção imunológica.

O TNF- α está relacionado com as atividades inflamatórias da RI induzindo necrose e febre. A IL-2 é um fator importante para o crescimento e o desenvolvimento das células T, e posteriormente, para o processo de discriminação “self” e “non-self”. A interleucina-8 (IL-8) induz atividades quimiotáticas nas células alvo e são importantes para a mobilização de macrófagos, como assinala Henkels, K. M. (2011). Citocinas pró-inflamatórias influenciam o nível de cortisol no plasma. Uma alta concentração dessas citocinas leva a uma diminuição dos níveis de cortisol, o que pode estar relacionado com stress psicológico, segundo Maes et al. (1999). A interleucina 10 (IL-10), por outro lado, contribui para a construção da resposta imune humoral por meio da inibição de macrófagos e ativação das células B, como definido por Abbas, K.A., Lichtman, A. H. (2005), e indicado no Quadro 1.

Quadro 1

Comparação do nível das citocinas (TNF- α , IL-2, IL-6 e IL-10) em pacientes com PTSD, TC e NTC.

	TNF- α	IL-2	IL-6	IL-8	IL-10
PTSD	Alto	Baixo	Alto	Baixo	=
TC	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	=
NTC	Baixo	Moderado	Baixo	Moderado	

O funcionamento do aparelho psíquico e do sistema imune em pacientes com PTSD

Ao cotejar dados do funcionamento psíquico com alguns parâmetros indicadores do modo de funcionamento do SI mencionados acima de pacientes com PTSD, controles com trauma (TC) e não-traumatizados (NTC), notamos indícios sugestivos da existência de uma conexão entre a severidade do dano psicológico e os níveis atuais de algumas citocinas. Quando a maioria dos sintomas psicológicos aparece, ocorrem grandes

mudanças nos níveis das citocinas dos pacientes com PTSD comparados com os controles normais. O nível das citocinas das pessoas traumatizadas, que apresentam apenas alguns dos sintomas psicológicos dos pacientes com PTSD, diferem em alguns parâmetros imunológicos de pacientes com PTSD e dos controles não traumatizados. Mais comumente essas pessoas (TC) tem um nível de estresse psicológico mais elevado do que os NTC o que possivelmente está relacionado a altos níveis de IL-6 Maes et al. (1999). Por outro lado, os baixos níveis de IL-2 em pessoas traumatizadas está associado a um alto risco de disfunção imunológica já que tanto o crescimento das células T quanto a discriminação self-não-self estão comprometidas.

O nível de stress psicológico, que é muito mais severo em pacientes com PTSD - possivelmente devido a um baixo nível de cortisol no plasma - caracteriza-se por um estado emocional altamente negativo. Ao mesmo tempo o seu sistema imune apresenta sinais sugestivos de inibição no desenvolvimento das células T, essenciais na discriminação entre o self e o não-self; de inibição do tropismo dos macrófagos que diminuem a sua eficácia na remoção de detritos oriundos de necrose celular e uma sobre-estimulação, ou amplificação, das atividades imunológicas inflamatórias, como, por exemplo, o aumento da probabilidade da ocorrência de eventos produtores de necrose e de apoptose. Assim, ao que tudo indica, o sistema imune desses pacientes parece operar num modo em que alguns dos seus elementos perdem, ou diminuem a sua mobilidade, tornam-se incapacitados para exercer a função de remover células mortas e, além disso, são acionados dispositivos indutores de morte celular. Caracteriza-se, dessa maneira, a nosso ver, uma dinâmica imunológica autodestrutiva. O sistema imune desses pacientes tem seriamente danificado a sua função de construção da sua identidade bioquímica, e é a perda dessa capacidade que constitui o processo autodestrutivo a que nos referimos.

Do ponto de vista psíquico podemos pensar a experiência traumática, como sugere Resende (1994): " O contrário da aprendizagem é quando o objeto projetado não é elaborado na mente continente, mas é devolvido sem transformação, e sobrecarregado com a energia negativa do ponto de partida. É a psicotização da experiência, em que o sujeito fica mais preso ainda ao concreto, sem possibilidade de simbolizar. (pag.20)

Neste sentido, a vivência traumática, ao induzir a reexperiência persistente do evento traumático, ou o empenho em evitar pensamentos, sentimentos, ou conversações associadas com o trauma; apresentar sintomas persistentes de aumento da excitação, que não existia antes do trauma; circunspecção; dificuldade de concentração; respostas exageradamente sobressaltadas; excitação etc. estaria indicando, fundamentalmente, os efeitos da inexistência da possibilidade de elaboração da vivência, por ausência do continente primário, uma vez que a compreensão do que foi vivido depende da intervenção do processo de simbolização do afeto produzido na vivência traumática: a "rêverie".

Del Porto, J.A. (1999) ao fazer uma revisão do conceito de depressão aponta algumas das muitas dificuldades e implicações do uso do conceito. Entre as dificuldades listadas estão àquelas impostas pelos diferentes sistemas de diagnóstico, seja na *Classificação Internacional das Doenças*, da Organização Mundial da Saúde- C.I.D.-10 ou no D.S.M.IV-TR. (2002) proposto pela Associação Americana de Psiquiatria. Diz o autor: "O termo *depressão*, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s)." (pag.6) Enquanto nas depressões predominam sentimentos de tristeza, isto nem sempre é verdadeiro e as manifestações estão expressas de formas diferentes: " perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou

perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado. Alguns autores, enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor.... No diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos; fisiológicos; e evidências comportamentais”. (pag. 7)

Segundo McArthur et al (1993), em alguns casos a demência pode ser manifestação inicial da aids e, assim, se caracteriza por esquecimento, lentificação e dificuldades de concentração e com a resolução de problemas. As manifestações comportamentais incluem com maior frequência, segundo o DSM IV-TR (2002), sintomas depressivos como apatia e retraimento social, às vezes acompanhados por delírios ou alucinações. A característica essencial da demência é, contudo, a perda das funções intelectuais em gravidade suficiente para interferir no funcionamento social e ocupacional do indivíduo, isto é, em suas atividades de vida diária, como assinalado por Working Group of America Academy of Neurology AIDS Task Force, (1991). O diagnóstico, por sua vez, deve ser baseado na história clínica, exame neurológico e cognitivo do sujeito, além da exclusão de outras causas através de métodos de imagem. A avaliação, mediante utilização de testes neuropsicológicos, deve contemplar os seguintes domínios: atenção/concentração; rapidez do processamento da informação; funções executivas; raciocínio/abstração; memória/aprendizado; habilidades visuoespaciais; e funcionamento motor Christo PP. (2010), Berger JR, Brew B.(2005), Price RW, Brew BJ. (1988), Goodkin, K, Fernandez, F, Forstein, M, et al (2011).

O diagnóstico de demência pelo HIV, por ser insidioso em seus estágios iniciais, pode ser confundido com o de depressão Navia BA, Jordan BD, Price RW. (1986) Gallucci, NJ, Tamelini, MG, Forlenza, OV. (2005). Pode também ser confundido com o diagnóstico de retardo mental, que se caracteriza essencialmente por funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações adaptativas em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança, como definido pela Associação Americana de Psiquiatria (2002).

Equivalente a vivência traumática podemos considerar a infecção pelo HIV, pelo menos no que diz respeito a qualidade do funcionamento imunológico.

Em Resende (1995), encontramos argumentos que justifiquem esta impossibilidade de simbolizar a vivência traumática ao referir-se a “rêverie”, diz o autor: ” O contrário desse desenvolvimento é quando, sem rêverie, a mãe entra em pânico juntamente com o bebê. Ela não suporta, digamos assim, as projeções do filho e ao invés de pensá-las, gestando-as, provoca um aborto psíquico, devolvendo ao filho um “pensamento sem vida”, ou prematuro. O exemplo dado por Bion, citando Melanie Klein, é o do bebê que sente um medo muito grande, digamos de morrer.” (pag.146)

Estes paralelos em relação ao comportamento autodestrutivo em ambos os subsistemas – aparelho psíquico e sistema imune - sugerem que pode haver uma conexão relevante entre eles, ou seja, que o estado de um deles influencia, de fato, o estado do outro.

Em conclusão: A inexistência de possibilidade de elaboração da vivência (traumática) dos pacientes com PTSD mencionada acima, pode ser comparada à eventual ausência de efetores da resposta imune para algum objeto (vírus, bactéria, célula tumoral, ou molécula exógena deletéria) e, nesse sentido, não pode o SI produzir uma elaboração da experiência (entrada do objeto estranho no organismo), ou seja, uma resposta adequada a ela, o que poderia produzir alterações biofísicoquímicas no organismo e posteriormente modificações no estado do SI, o que julgamos análogo a uma vivência traumática: uma “rêverie” imunológica. Por outro lado, o processo

depressivo psicológico está relacionado com a interdição progressiva das interações com o mundo externo e com um aumento concomitante das interações com o mundo interno.

O modo de funcionamento do SI em pacientes com PTSD é muito semelhante ao de pacientes infectados pelo HIV com depressão psicótica do subtipo esquizo-afetivo e os pacientes com TC aos com HIV e depressão psicótica subtipo maníaco-depressiva ou neurótica, apresentado em Silva Filho, N.; Chaves Jr., J.C.; Campos Silva, (2012) e Silva Filho, N.; Chaves Jr., J.C.; Campos Silva (2012a). Essas considerações nos levam de volta ao modelo que preconiza que a demência e a depressão nada mais são do que diferentes estágios de um processo de perda de identidade psicológica e bioquímica, uma vez que, tanto o aparelho psíquico quanto o SI, passam a operar numa dinâmica auto-destrutiva. Assim explicaríamos a demência como um estado em que as limitações apresentadas pelos seus portadores decorre do dano neural determinado pela ação do seu SI. Mais do que isto, as analogias e semelhanças entre os modos de funcionamento do aparelho psíquico e do SI entre pacientes com PTSD e pacientes portadores de HIS deprimidos sugere fortemente que, em ambos se estabelecem dinâmicas auto-destrutivas similares, de modo que, as possíveis intervenções terapêuticas também devem ser semelhantes. Com isso sugerimos que: (a) pacientes com PTSD se não tratados adequadamente poderão desenvolver dano neuronal, (b) que devem ser utilizadas medidas das concentrações de algumas das citocinas mencionadas neste trabalho, principalmente o TNF- α para uma avaliação da gravidade do quadro e (c) que se investigue a eficácia de drogas inibidoras do TNF- α como coadjuvante no tratamento de pacientes com PTSD.

REFERÊNCIAS

- Abbas, K.A., & Lichtman, A. H. (2005). *Imunologia Celular e Molecular*, Rio de Janeiro: Elsevier Editora,
- Associação Americana de Psiquiatria (APA). (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Trad. Cláudia Dornellas. 4ª ed. rev.) Artmed: Porto Alegre,.
- Berger, J.R., & Brew, B. (2005). An international screening tool for HIV dementia. *AIDS*, 19, 2165-2166. doi:org/10.1097/01.aids.0000194798.66670.6e
- Christo, P.P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 242-247. doi:org/10.1590/S0104-42302010000200027
- Del Porto, J.A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11. doi:org/10.1590/S1516-44461999000500003
- Gallucci, N.J., Tamelini, M.G., & Forlenza, O.V. (2005). Diagnóstico diferencial das Demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 119-130. doi:org/10.1590/S0101-60832005000300004
- Goodkin, K, Fernandez, F., Forstein, M., Becker, J.T., Douaihy, A., Santos, F.H.,... Singh, D. (2011). A perspective on the proposal for neurocognitive disorder criteria in DSM-5 as applied to HIV-associated neurocognitive disorders. *Neuropsychiatry*, 1, 431-440. doi:org/10.2217/npv.11.57
- Henkels, K. M., Frondorf, K., Gonzalez-Mejia, M. E., & Doseff, A. L. (2011). IL-8-induced neutrophil chemotaxis is mediated by Janus kinase 3 (JAK3). *Federation of European Biochemical Societies Letters* 585, 159-166. doi:org/10.1016/j.febslet.2010.11.031

- Tseng, W.P., Su, C.M., & Tang, C.H. (2010). FAK Activation Is Required for TNF- α -Induced IL-6 Production in Myoblasts. *Journal of Cellular Physiology*, 223, 389-396. doi: 10.1002/jcp.22047
- McArthur, J.C., Hoover, D.R., Bacellar, H., Miller, E.N., Cohen, B.A., Becker, J.T., ... Saa, A. (1993). Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology*, 43, 2245-2252. doi:org/10.1212/WNL.43.11.2245
- Navia, B.A., Jordan, B.D., & Price, R.W. (1986). The AIDS dementia complex I: clinical features. *Annals of Neurology*. 19, 517-524. doi:org/10.1002/ana.410190602
- Price, R.W., & Brew, B.J. (1988). The AIDS dementia complex. *Journal of Infectious Diseases*, 158, 1079-1083. doi:org/10.1093/infdis/158.5.1079
- Rezende, A. M.,(1994). *A metapsicanálise de Bion:além dos modelos*. Campinas, SP, Papirus.
- Rezende, A. M. (1995). *Wilfred R. Bion: uma psicanálise do pensamento*.Campinas, SP, Papirus.
- Silva Filho, N., Chaves Jr, J.C., & Campos Silva, D. (2012). Relações entre o funcionamento dos sistemas imunológico e psicológico em pacientes com HIV/SIDA: in J.Pais Ribeiro, I.Leal, A. Pereira, & S. Monteiro, (Edts). *Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crônicas*. (pp122-128). Lisboa: Placebo, Editora LTDA.
- Silva Filho, N., Chaves Jr, J.C., & Campos Silva, D. (2012a) O sistema imune e o aparelho psíquico na aids: construção e desconstrução de identidades.In: N. Silva Filho, A. Ribeiro, & H. Rosa, (Edts). *Processos Clínicos e Saúde Mental* (pp 123-134). São Paulo, Vetor Editora.
- Working Group of America Academy of Neurology AIDS Task Force. (1991). Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus-type 1(HIV-1) infection. *Neurology*, 41, 778-785. doi: 10.1212/WNL.41.6.778

SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PESSOAS ESTOMIZADAS

Ana Lucia Ribeiro de Oliveira ✉

Universidade Federal de Uberlândia – Brasil

O presente trabalho focaliza a pessoa que, em decorrência de um estoma abdominal, porta de modo temporário ou definitivo, uma bolsa coletora tendo de adaptar-se a ela como uma extensão de seu próprio corpo. A estomia abdominal é uma medida terapêutica cirúrgica para muitas doenças ou situações clínicas. Os pacientes estomizados sofrem com esta condição, uma vez que precisam se adaptar a um novo estilo de vida. Depois da estomia muitos se consideram limitados para o esporte, trabalho, viagens, lazer, para irem à praia ou para os encontros íntimos. A vergonha, o receio de causar repulsa, os cuidados com a bolsa na hora do sexo, a preocupação com os ruídos e odores interferem na qualidade dos encontros íntimos ou sociais. O fato é que a auto-estima e a imagem corporal desta população ficam seriamente prejudicadas. Entendemos a imagem corporal como uma representação cognitiva e subjetiva de nossa aparência física e das nossas experiências corporais. Sendo assim, concordamos com Pruzinsky e Cash (1990) que a forma como percebemos o nosso corpo afeta o nosso comportamento, nossas relações interpessoais, bem como o modo como vemos a nossa realidade. O impacto que esta condição causa na pessoa é bastante intenso e, certamente, o cuidado, atenção e apoio voltados para o paciente é necessário e de grande importância.

O objetivo deste trabalho é o de relatar nossa experiência de acompanhar pessoas estomizadas na clínica psicológica de uma universidade pública brasileira

A estruturação do trabalho

A partir de uma solicitação do setor de estomaterapia do Hospital de Clínicas da Universidade para que profissionais da área da Psicologia participassem da equipe, começamos nosso trabalho de apoio psicológico ao paciente estomizado, com extensão aos seus familiares. Nossa equipe é formada por alunos estagiários da graduação em Psicologia e por uma docente que coordena o projeto em toda sua dimensão. Atuamos nos setores hospitalares dando suporte os pacientes nas internações e nas visitas ao setor de estomaterapia. Nas dependências da clínica psicológica da universidade estabelecemos uma rotina de encontros grupais com os pacientes e alguns de seus familiares. Vale ressaltar que o grupo de pessoas atendidas é composto, em sua maioria, por homens com idade variando entre quarenta e oitenta anos de idade. A participação dos pacientes no projeto é voluntária. As pessoas podem solicitar atendimento em psicoterapia, apoio psicológico nos casos de hospitalizações, visitas domiciliares em

✉ - Ana Lucia Ribeiro de Oliveira, Rua Antonio Francisco Rosa 321- Campo 25 - Bairro Aclimação - Uberlândia/MG - Brasil - CEP 38406064, email- ana.ribeiro54@hotmail.com

situações de crise ou de luto. Ao serem atendidos no setor psicológico da universidade, os pacientes assinam um termo de consentimento para uso dos dados em estudos e divulgações de caráter acadêmico científico.

Nossa atuação clínica é de orientação fenomenológico-existencial e buscamos fundamentar o nosso trabalho na Logoterapia de Viktor Frankl e na filosofia de Martin Buber. Entendemos que a construção de pontes entre a Psicologia e a Filosofia é bastante útil no sentido de facilitar a nossa busca pela compreensão do sofrimento e do existir humano. Não se trata, aqui, de transpor conceitos de uma área para outra, mas de estabelecer diálogos que ampliem a nossa visão de clínicos e que nos permitam realizar um acolhimento mais humano e transformador.

O sofrimento das pessoas estomizadas

Quando focalizamos o sofrimento das pessoas estomizadas com as quais trabalhamos, podemos reconhecer que os elementos comuns entre elas são o uso de bolsa coletora e o sofrimento decorrente desta condição. Entretanto, cada uma delas tem seu modo próprio e singular de manifestar o seu sofrer. Embora os motivos e circunstâncias que sustentam o padecimento sejam bem diversos, nos foi possível reconhecer alguns pontos de aproximações e de distanciamento entre eles.

Quando iniciamos nossos encontros grupais com os pacientes, sentimos que havia entre eles grande dificuldade para a comunicação de seus temores, angústias, apreensões e indignações perante a situação vivida. Havia um movimento de transposição da comunicação dos seus sofrimentos psíquicos para outras áreas como o desrespeito no trânsito e nas vagas de estacionamento destinadas aos deficientes. Buscávamos nos acercar, com delicadeza, de cada um deles para tentar entender o que dificultava a comunicação desse sofrimento. Ali no grupo ficava bem clara a grande dificuldade dos pacientes em admitir que já não encontravam recursos para enfrentar suas questões. Os recursos que possuíam já tinham sido usados, mas não foram suficientes para resolver seus problemas, portanto quedavam frustrados. Grande parte deles acredita que o sofrimento é algo a ser evitado e eliminado de suas vidas. Vimos que estas crenças são tecidas na vivência familiar, ou seja, as famílias transmitem modelos que podem ajudar ou dificultar a construção de sentidos para as suas vivências e experiências (Sousa, Moura, & Correa, 2009).

A literatura, nestas ocasiões, sempre nos trazia luzes para o entendimento. Discursar sobre o sofrimento não é tarefa fácil, mas pode ser facilitada quando nos aproximamos dos fenômenos que estão ligados à essa experiência. Ricoeur (1994) sugere que, para uma maior compreensão, situemos o sofrimento em dois eixos ortogonais: no primeiro deve ser situada a gradação das vivências sofridas consigo ou com os demais. No segundo eixo, o declínio da capacidade de atuar. O autor esclarece que na relação com as demais pessoas, o indivíduo que sofre é atravessado por uma sensação de que sua experiência é única e não dá para ser partilhada. Em vista disso, o sofredor deixa de procurar ajuda, se mantém isolado, deixa de trabalhar em prol da sua organização psíquica e descuida de sua estima.

Compreendemos que o sofrimento atravessa o ser humano a partir de três espaços: do corpo que está sujeito à doença e ao declínio, do mundo exterior que nos golpeia com eventos de grande intensidade e da nossa relação com o outro. A escassez de recursos contra estas três ameaças parece deixar a pessoa imobilizada, fragilizada e necessitada de auxílio para não sucumbir à sua própria dor psíquica.

Buscamos conduzir nossos encontros na perspectiva dialógica proposta por Martin Buber por acreditar que a autenticidade da relação poderia abrir portas para a comunicação do seu sofrimento. Para Buber (1977) a existência humana é

essencialmente relacional. Ele parte da suposição de que a mente jamais adoece sozinha e que aí subjaz uma questão de *betweenness*. Em outras palavras, está entremeado neste adoecimento um relacionamento deficiente, empobrecido ou mesmo ausente. Isto, na percepção do filósofo, é que produz certo ensimesmamento que caracteriza o sofrimento psíquico. Para Buber, esse fechamento em si mesmo “pode e deve ser superado totalmente e uma transformada e curativa relação deve e pode ser inaugurada para a pessoa que está enferma nas suas relações com outrem” (Buber, 1999, p. 21). O autor sugere para a clínica psicológica uma relação intersubjetiva de modo que o terapeuta “confirme” o paciente na sua singularidade, naquilo que ele tem de próprio e único e naquilo que ele pode vir-a-ser. Confirmar, nesta perspectiva pode ser entendido como aceitar a sua singularidade, pois esse é o anseio de todo ser humano: ser respeitado e aceito como é. Optamos, então, por estabelecer relações dialógicas que facilitassem a “confirmação” dos nossos integrantes do grupo por entender que a ajuda psicológica se dá no caminho do encontro (Parreira, 2010).

Com o passar do tempo, os sofrimentos mais intensos puderam ser comunicados e expressos, ainda que de modo bastante reservado. Muitas pessoas passaram a solicitar atendimentos individualizados para poderem falar mais intimamente das suas dores psíquicas. Pudemos acolher relatos de mulheres que sofriam abusos e opressões na área da sexualidade; casos em que o parceiro reagia contrariamente à realização da cirurgia de reversão do problema, pois usava o estoma da companheira para o ato sexual. Ouvimos das pacientes relatos de desprezo, rejeição, de traição e de abandono por parte dos seus parceiros. O sofrimento era revelado quando elas reconheciam que não sabiam se defender das agressões sofridas e se conformavam com a situação humilhante e deprimente. No caso dos homens, o sofrimento era revelado quando conseguiam falar da limitação ou restrição para o trabalho, da dependência de outra pessoa para o manuseio da bolsa coletora, dos constrangimentos em relação às atividades sexuais e das perdas financeiras decorrentes da aposentadoria. Estes e outros tantos relatos revelaram a escassez de recursos para enfrentarem e administrarem seus problemas que, em sua maioria, eram de ordem relacional.

A dureza das circunstâncias e a poucas alternativas de enfrentamento do sofrimento pareciam exaurir as forças necessárias para a caminhada. Diante deste quadro desolador, buscamos na Logoterapia de Viktor Frankl, as indicações favoráveis para um trabalho de constituição de novos sentidos para as experiências vividas.

Frankl (1978) considera que uma boa maneira de ajudar as pessoas na tarefa da administração dos seus problemas é abordar o caráter histórico da sua existência para que a pessoa possa ser confrontada com a responsabilidade que tem para com a vida. Entendemos que é bastante desejável ajudar o paciente a sair do seu ensimesmamento e distanciar-se do núcleo do seu problema. A ajuda psicológica deve facilitar ao paciente esse movimento de idas e vindas do seu sofrimento. O autodistanciamento e a autotranscendência deve ser incentivado para que a pessoa possa constituir um novo olhar sobre si mesmo e sobre a sua condição de padecimento. É bastante possível que de um outro ponto a pessoa possa visualizar novas alternativas e possibilidades de enfrentamento da situação problemática. Frankl (2010) sugere que esse movimento propicia a visão de novas possibilidades e novos sentidos para a vida.

Aos poucos, os pacientes estomizados vão reconstruindo alguns sentidos para a vida, para o casamento, para a aposentadoria. Moreira e Holanda (2010) lembram que a reconstrução de sentidos para a vida e para o próprio sofrimento nos edifica e nos torna resilientes.

O trabalho de acompanhar as pessoas estomizadas na elaboração do seu sofrimento requer paciência e atitude de perseverança. Temos que aguardar o tempo delas. Não se

trata de *Kronos* , mas de *Kairós*, ou seja, do tempo subjetivo. Vimos que é lento o processo aprender a viver suas experiências dolorosas sem se deixarem sucumbir e desmoronar. Na vivencia das opressões e dos sofrimentos indizíveis as pessoas podem buscar o auxílio da psicologia e o papel do terapeuta é o de ajudá-las a reconhecer que são seres de liberdade e de possibilidades de reconstrução.

O acompanhamento psicológico realmente se mostra como uma alternativa bastante valiosa e eficaz no fortalecimento das pessoas frente aos desafios e sofrimentos que golpeiam a vida do ser humano.

REFERÊNCIAS

- Buber, M. (1999). Healing through Meeting. In J.B. Agassi. *Martin Buber on psychology and psychotherapy* (pp. 17-21). New York: Syracuse University Press.
- Buber, M. (1977). *Eu e Tu*. São Paulo: Ed. Cortez e Moraes.
- Buber, M. (2008). *Sobre comunidade. Seleção e introdução de Marcelo Dascal e Oscar Zimmermann*. São Paulo: Perspectiva.
- Frankl, V. E. (2005). *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. (15^a ed.). São Paulo: Idéias e Letras.
- Frankl, V. E. (1978). *Fundamentos antropológicos da psicoterapia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Frankl, V. E. (2010b). *Psicoterapia e sentido de vida: fundamentos da logoterapia e análise existencial*. (4^a Ed.) São Paulo: Quadrante.
- Moreira, N. H. A., & Holanda, H. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. *Psico-USF*, 15, 345-356. doi:org/10.1590/S1413-82712010000300008
- Parreira, G. G. (2010). *O sentido da Educação em Martin Buber*. Tese de Doutorado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Pruzinsky, T., & Cash, T.F. (1990). Integrative themes in body-image development, deviance, and change. In Cash, T.F., & Pruzinsky, T. (Eds.), *Body Images: Development, Deviance, and Change* (pp. 337-349). N.Y.: Guilford Press
- Ricoeur, P. (1994). La souffrance n'est pas la douleur. *Revue Autrement / Mutations*, 142, 58-69.
- Souza, A. M., Moura, D. S. C., & Correa, V. A. C. (2009). Implicações do pronto-atendimento psicológico de emergência aos que vivenciam perdas significativas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29, 534-543

QUESTIONÁRIO DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS COMPETÊNCIAS E ACTIVIDADES DE PENSAMENTO CRÍTICO

Margarida Paiva Amorim ✉ & Isabel Silva

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

O pensamento crítico tem sido, nas últimas décadas, amplamente debatido e investigado, tanto em termos conceptuais, como em relação aos seus diversos contextos de aplicação. Encontramos diversas abordagens ao pensamento crítico, embora nem sempre encontremos facilmente consenso entre elas, quer em termos de definição, quer em termos de terminologia utilizada, quer ainda no tipo de metodologia proposta para o desenvolver (Bailin, Case, Coombs, & Daniels, 1999; Washburn, 2010). As diversas teorias centram-se em diferentes aspectos, colocando o enfoque em diferentes conceitos, pelo que passaremos a expor algumas destas definições.

Ennis (1991, p. 6) define Pensamento Crítico como o “pensamento racional e reflexivo, centrado em decidir em que acreditar ou no que fazer”. Segundo este autor, o pensamento crítico é uma importante parte do processo de resolução de problemas, contemplando processos de reflexão e razoabilidade (interpretada como racionalidade), e tomada de decisão (acerca de crenças e acções). Paul e Elder (2008, p.2) apresentam uma definição resumida de pensamento crítico como sendo “a arte de analisar e avaliar o pensamento, com vista a melhorá-lo”, enquanto Chaffee (2009) o define como o esforço activo, intencional e organizado para compreendermos o nosso mundo, analisando cuidadosamente o nosso pensamento e o dos outros, de modo a clarificar e melhorar essa compreensão, introduzindo a relação com o outro na equação deste conceito. Já Lipman (1988) destaca a importância de uma definição que assente nos conceitos de critério e julgamento. De acordo com este autor, sendo o julgamento uma competência, e o pensamento crítico o pensamento competente, não é possível definir competências sem recurso a critérios, através dos quais o desempenho competente pode ser avaliado. Só critérios como padrões, leis, preceitos, convenções, regulamentos, ideais, metas, objectivos, testes, investigação, métodos, procedimentos ou políticas, permitirão distinguir entre um tipo de pensamento crítico e um tipo de pensamento não crítico.

De encontro à noção de competência e de avaliação vai também P.A. Facione (1990; 2010), que apresenta o relatório designado por “Delphi Report”, resultante de uma iniciativa da American Philosophical Association com vista à reflexão conjunta de 46 especialistas em torno da definição, avaliação e ensino do pensamento crítico, daí resultando uma série de conclusões e recomendações. Deste trabalho conjunto,

✉ - Margarida Paiva Amorim, Rua Central dos Valos, nº 757 4505-257 Fiães, e-mail: margaridapaivaamorim@gmail.com

desenvolvido entre 1988 e 1990, resultaram diversas conclusões relativas às competências e aptidões referentes ao conceito, à avaliação e implementação de programas de pensamento crítico no Ensino, assim como a própria definição de pensamento crítico, registada por P.A. Facione (1990), na qualidade de responsável pelo sumário executivo do Delphi Research Report (P.A. Facione, 1990), e assumida pelo autor como a melhor definição, em publicações posteriores (P.A. Facione, 2010; 2011). Assim, de acordo com P.A. Facione (2010, p. 19), pensamento crítico é “o processo de julgamento intencional e auto-regulador. Este processo envolve raciocínio tendo em consideração evidência, contexto, conceptualização, método, e critério”.

De facto, encontram-se diversas definições e reflexões em torno do Pensamento Crítico, sendo possível identificar alguns pontos de convergência (Almeida & Franco, 2011; Halpern, 1999). O pensamento crítico é multidimensional, abarcando as dimensões intelectual (lógica, racionalidade), psicológica (autoconsciência, empatia), sociológica (em termos de contexto socio-histórico), ética (normas e avaliação moral), e filosófica (significado da natureza e vida humanas) (Paul, Elder, & Bartell, 1997).

É ainda importante referir que o pensamento crítico, de premente importância no contexto académico, vê também reconhecida a sua importância no mundo do trabalho (Hunter, 2009; Moon, 2008). É devido essencialmente às suas características de transversalidade e multidimensionalidade, que os autores defendem que o pensamento crítico está, desde há séculos, na base da criação e manutenção de uma sociedade democrática e democraticamente participativa, qualificada por uma cidadania activa, de carácter pluralista e autónomo (Angeli & Valanides, 2009; Brookfield, 1987; Dewey, 2001; P.A. Facione, 2010; Kuhn, 1999).

Em Educação, mais propriamente no que concerne à Filosofia da Educação, destacam-se vultos que deram realce ao pensamento crítico (ainda que utilizando outras terminologias), desde o filósofo grego Sócrates, até ao filósofo, psicólogo e educador norte-americano John Dewey, e a reflexão sobre o “pensar” e “reflectir” (Riddell, 2007; Wang, Tsai, Chiang, Lai, & Lin, 2008). Dewey é mesmo considerado o “pai” da moderna tradição de pensamento crítico (Fisher, 2001), quando, no início do século XX, defendia a necessidade da educação preparar os estudantes para as exigências complexas do exercício da cidadania e do mundo do trabalho (Halpern & Nummendal, 1995). Os contextos académicos procuram preparar o indivíduo para o mundo do trabalho, e no leque de competências a desenvolver poderão estar incluídas as competências de pensamento crítico, que, se crê, facilitarão a integração e desempenho profissional, o exercício da cidadania, e ainda a participação conscienciosa numa sociedade democrática (Vieira, Tenreiro-Vieira, & Martins, 2011). O pensamento crítico tornou-se um importante foco de atenção nas políticas e programas educativos de diversos países, como é o caso dos Estados Unidos da América, ou do Reino Unido (Bailin, Case, Coombs, & Daniels, 1999).

Em termos pedagógicos, as duas abordagens mais correntes ao pensamento crítico são (1) a criação de um curso ou programa especificamente dedicado à temática do desenvolvimento do pensamento crítico e (2) a incorporação do desenvolvimento do pensamento crítico nas disciplinas do plano curricular. Ennis (1997) defende que a melhor estratégia seria optar pela combinação das duas abordagens, isto é, empreender uma abordagem mista.

O pensamento crítico tem sido um domínio bastante valorizado na área da saúde, existindo mesmo nalguns países uma exigência formal por parte de organismos que regulam determinadas profissões, relativamente ao desenvolvimento e demonstração de competências nesse âmbito, tanto ao nível da formação académica como relativamente à prática profissional (Australian Government Department of Education, Employment and

Workplace Relations, 2012; General Medical Council, 2009; Yildirim & Özkahraman, 2011).

Em Saúde, o pensamento crítico constitui-se como elemento primordial no processo de raciocínio clínico (Croskerry, 2012; N.C. Facione & Facione, 2008), podendo este ser definido como o conjunto de processos cognitivos subjacentes à avaliação e gestão da condição clínica de um paciente (Jones, 1992). O pensamento crítico distingue-se do raciocínio clínico, na medida em que traduz competências e atitudes necessárias ao desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual se baseia ainda no conhecimento existente e no contexto (Cerullo & Cruz, 2010).

A literatura sugere que o desenvolvimento de competências de pensamento crítico deve iniciar-se durante a formação académica dos profissionais de saúde, estendendo-se ao contexto laboral dos profissionais de saúde (Yildirim, Özkahraman, & Ersoy, 2012). Mas será a área do Pensamento Crítico valorizada em Portugal, por profissionais e estudantes dos domínios da saúde, como um domínio de competência passível de ser valorizado ao ponto de podermos considerar a sua promoção e desenvolvimento nos contextos académico e profissional? Considerarão os estudantes e profissionais da área da saúde em Portugal importante o investimento e aposta nesta área?

O presente estudo propõe-se descrever o desenvolvimento de um instrumento de avaliação do grau de importância que os estudantes e os profissionais de saúde atribuem às competências e actividades relacionadas com o pensamento crítico.

MÉTODO

Participantes

Foi estudada uma amostra de conveniência constituída por 219 participantes, dos quais 117 (53,4%) são estudantes de cursos de ensino superior na área da saúde, e 102 (46,6%) são profissionais de saúde. Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (Quadro 1) e têm idades compreendidas entre os 19 e os 64 anos de idade (Quadro 2).

Quadro 1

Distribuição da amostra de acordo com o sexo

	Sexo	<i>n</i>	%
Total da amostra	Masculino	45	20,5
	Feminino	174	79,5
Estudantes	Masculino	20	17,1
	Feminino	97	82,9
Profissionais	Masculino	25	24,5
	Feminino	77	75,5

Os dois grupos distinguem-se de forma estatisticamente significativa quanto ao sexo, χ^2 (1,219)= 75,97; $p<0,0001$, existindo um maior número de participantes do sexo feminino no grupo de estudantes.

Quadro 2

Distribuição dos participantes de acordo com a idade

Idade	Mínimo	Máximo	<i>M</i>	<i>DP</i>
Total da amostra	19	64	28,21	8,70
Estudantes	19	37	22,83	3,43
Profissionais	23	64	34,39	8,82

Os participantes do Grupo de Estudantes apresentam uma média de idades inferior à dos participantes integrados no Grupo de Profissionais, $t(127,39)=12,44$; $p<0,0001$. Os Estudantes frequentavam maioritariamente os cursos de Enfermagem, Medicina Dentária e Medicina (quadro 3). Em relação ao ano frequentado pelo grupo de Estudantes, participaram indivíduos que se encontram a frequentar do 1º ano ao 6º ano.

Quadro 3

Distribuição do grupo de estudantes de acordo com o curso frequentado

Estudantes – Curso	<i>n</i>	%
Enfermagem	43	36,8
Medicina Dentária	32	27,4
Medicina	28	23,9
Terapêutica da Fala	6	5,1
Ciências Farmacêuticas	4	3,4
Psicologia	2	1,7
Radiologia	1	0,9
Cardiopneumologia	1	0,9
Total	117	100

Foram também alvo de estudo 102 profissionais de saúde, de 13 áreas profissionais distintas (Quadro 4), com uma experiência profissional que se situava, em termos de duração, entre zero (relativo aos profissionais que ainda não completaram um ano de trabalho) e 36 anos ($M=9,66$, $DP=8,79$).

Quadro 4

Distribuição do grupo de profissionais da área da saúde de acordo com a profissão

Profissionais – profissão	<i>n</i>	%
Psicólogo/a (Clínica e Saúde)	22	21,6
Enfermeiro/a	20	19,6
Médico/a	16	15,7
Farmacêutico/a	10	9,8
Técnico/a de Radiologia	10	9,8
Ensino Superior/Investigação	5	4,9
Outros profissionais	5	4,9
Cardiopneumologista	4	3,9
Terapeuta da Fala	3	2,9
Fisioterapeuta	2	2,0
Médico/a Dentista	2	2,0
Técnico/a de Análises Clínicas	2	2,0
Nutricionista	1	1,0
Total	102	100

Material

Aos participantes foi solicitado o preenchimento de dois instrumentos de avaliação, a saber: um Questionário de Caracterização Sociodemográfica dos participantes” e um Questionário de Importância do Pensamento Crítico. O primeiro instrumento teve como objectivo caracterizar os participantes no que respeita ao sexo, idade, grau de escolaridade, ocupação (estudante ou profissional de saúde), curso e ano frequentado

(no caso dos estudantes), e profissão que exerce e número de anos de experiência profissional (no caso dos profissionais).

O Questionário de Importância do Pensamento Crítico avalia o grau de importância que os participantes atribuem às competências de pensamento crítico. Este questionário compõe-se de duas partes: uma dirigida a competências descritas como “capacidades de pensar de forma eficaz”, e uma segunda parte dirigida à importância atribuída ao pensamento crítico face às actividades de resolução de problemas e de tomada de decisão. Pretende-se desta forma conhecer, na primeira escala, a percepção que os indivíduos detêm relativamente a competências de pensamento crítico, descritas como “capacidades de pensar de forma eficaz”. Na segunda escala deste instrumento, pretende-se que os participantes se posicionem relativamente à importância que atribuem a duas actividades relacionadas com o pensamento crítico, designadamente a promoção de estratégias de tomada de decisão e de resolução de problemas. Assim, solicita-se neste questionário que seja emitida uma opinião acerca de 12 afirmações breves, optando por uma de 5 opções de numa escala de Likert: “nada importante”, “pouco importante”, “de alguma importância”, “importante” e “muito importante”. As respostas são cotadas de 0 a 4 em ambas as escalas, conforme o grau de importância atribuído pelo respondente (0 corresponde a “nada importante”, e 4 corresponde a “muito importante”). Na primeira escala (competências), avalia-se o valor total das respostas (somatório). O somatório pode variar entre 0 e 40. No Quadro 5, apresentaremos a interpretação dos resultados, com base em intervalos de resposta.

Quadro 5

Interpretação de resultados da escala “competências” do Questionário de Importância do Pensamento Crítico

Intervalo de resposta (total do somatório)	Interpretação da escala “competências”
0	O participante considera as competências de pensamento crítico nada importantes.
1 – 10	O participante considera as competências de pensamento crítico pouco importantes.
11-20	O participante considera as competências de pensamento crítico de alguma importância.
21-30	O participante considera as competências de pensamento crítico importantes.
31-40	O participante considera as competências de pensamento crítico muito importantes.

Relativamente à segunda escala (actividades), avalia-se igualmente o valor total das respostas (somatório). O somatório total pode variar entre 0 e 8. No Quadro 6, apresentamos a interpretação dos resultados, com base em intervalos de resposta.

Quadro 6

Interpretação de resultados da escala “actividades” do Questionário de Importância do Pensamento Crítico

Intervalo de resposta (total do somatório)	Interpretação da escala “actividades”
0	O participante considera as actividades de pensamento crítico nada importantes.
1 – 2	O participante considera as actividades de pensamento crítico pouco importantes.
3 – 4	O participante considera as actividades de pensamento crítico de alguma importância.
5 – 6	O participante considera as actividades de pensamento crítico importantes.
7 – 8	O participante considera as actividades de pensamento crítico muito importantes.

Procedimento

Solicitou-se autorização à Comissão de Ética de Universidade Fernando Pessoa para a condução do presente estudo. Os participantes responderam aos instrumentos, após concederem o seu consentimento informado.

Tendo em conta as particularidades da população-alvo, e a necessidade de obter participantes em número suficiente que permitisse uma análise das qualidades psicométricas dos instrumentos, procurou-se estabelecer contacto com instituições onde os potenciais participantes pudessem encontrar-se agrupados, por vias formais e informais de contacto. Informalmente, foram também estabelecidos contactos directos com estudantes e profissionais de saúde, que pudessem fazer chegar os questionários a colegas de curso/de trabalho, desde que os mesmos fossem estudantes ou profissionais da área de saúde. Adoptou-se, assim, uma amostragem do tipo “bola de neve”. Os dados foram informatizados, não tendo sido integradas na base de dados quaisquer informações que permitissem identificar os participantes. Assegurou-se, também, que apenas o investigador principal teria acesso aos questionários respondidos. O instrumento “Caracterização Sociodemográfica dos participantes”, na fase de construção, foi submetido ao processo de reflexão falada com cinco indivíduos que se disponibilizaram a colaborar nesse sentido, tendo sido considerado claro e objectivo em termos de conteúdo. Não foram, assim, propostas alterações por nenhum dos indivíduos que colaborou na reflexão falada.

No Questionário de Importância do Pensamento Crítico, as dez afirmações seleccionadas para a primeira escala basearam-se na descrição de cinco competências patentes no Delphi Report (P.A. Facione, 1990): Interpretação, Análise, Avaliação, Inferência e Explicação. Procurou fazer-se corresponder, na primeira escala do questionário, duas afirmações a cada uma das cinco competências a avaliar. As duas actividades referidas na segunda escala, relacionam-se com a definição de pensamento crítico de Ennis (1991). O autor realça precisamente a importância do pensamento crítico nas acções de tomada de decisão e resolução de problemas, pelo que foram criadas duas afirmações, uma relativa a cada uma dessas acções. Tentou-se que as afirmações fossem o mais simples e objectivas possível, de modo a que a sua interpretação pudesse ser absolutamente clara para os participantes. O Questionário foi submetido a reflexão falada com cinco indivíduos, não tendo surgido dificuldades de interpretação, nem existido sugestões de alteração ao modelo inicialmente proposto. Procedeu-se a uma análise psicométrica do questionário através do SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.

Em relação à fidelidade, foi seleccionado o método da consistência interna dos itens, que avalia o grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos participantes a cada um dos itens que constituem o instrumento. Optou-se no presente estudo pela análise o Coeficiente Alfa de Cronbach. Procedeu-se também à análise da Validade, tendo-se optado pela análise da Validade de Construto. Almeida e Freire (2003) e Ribeiro (2008) referem como possível método de determinar a Validade de Construto a análise factorial, a qual foi a opção seleccionada, por ser a mais apropriada no presente estudo, além de ser o método que detém maior reconhecimento por parte dos investigadores (Almeida & Freire, 2003). Ainda assim, procurou verificar-se se a amostra é adequada face a esta análise, recorrendo ao índice Kaiser-Meyer-Olkin que, segundo Almeida e Freire (2003), deve situar-se acima de 0,60. No entanto, segundo Field (2009), os valores a considerar devem ser acima de 0,50 (sendo portanto as amostras mais adequadas à testagem da validade através de análise factorial, quanto mais se aproximarem da unidade). Teve-se em conta a carga factorial (saturação) de cada item no respectivo factor, a qual nos indica a covariância entre item e factor. Na

apreciação das cargas factoriais, é conveniente que o seu valor seja superior a 0,30, sendo desejável que supere 0,50 (Almeida & Freire, 2003).

Relativamente à rotação dos factores, e tendo em conta o objectivo do estudo e os pressupostos teóricos subjacentes à criação do instrumento, seleccionou-se a rotação oblíqua (Almeida & Freire, 2003; Field, 2009), a qual permite obter factores correlacionados, sendo útil quando o modelo teórico compreende conceitos que se cruzam ou influenciam mutuamente. A rotação oblíqua pode confirmar a interdependência entre factores, corroborando assim a hipótese teórica subjacente à construção do instrumento (Field, 2009).

RESULTADOS

No que respeita ao alfa de Cronbach permitiu confirmar que o questionário apresenta um valor satisfatório ($\alpha=0,84$). Relativamente à análise factorial, segue-se o critério da definição prévia do número de factores (Ribeiro, 2008), correspondente ao número de escalas propostas no instrumento de avaliação, que neste caso serão 2, uma vez que se esperava que o número de factores expressasse os processos teóricos subjacentes à construção do instrumento, ou seja, que as variáveis de cada escala se agrupassem num mesmo factor. Procedeu-se ao cálculo do índice Kaiser-Mayer-Olkin ($KMO=0,81$), verificando-se que este apresenta um valor bastante acima do mínimo desejável (Field, 2009), pelo que a análise factorial se configura como um bom método de averiguação da Validade do instrumento face à amostra em estudo.

A análise da Validade do Questionário de Importância do Pensamento Crítico, através de análise de componentes principais, com pré-definição a dois factores e rotação oblíqua (quadro 7). De acordo com o quadro, os factores obtidos não vão de encontro às duas escalas propostas no Questionário de Importância do Pensamento Crítico (da questão 1.1 à questão 1.10 encontraríamos desejavelmente escala “competências”, e as questões 2.1 e 2.2 consubstanciariam a escala “actividades”). Todos os itens saturam no factor 1, à excepção do item 1.6, o único que satura no factor 2, embora a carga factorial (0,59) seja muito próxima da apresentada no factor 1 (0,51), o que sugere a organização dos itens num factor único.

Quadro 7

Análise factorial do Questionário de Importância do Pensamento Crítico

Itens	Factores	
	1	2
Questão 1.1	0,58	-0,30
Questão 1.2	0,60	-0,02
Questão 1.3	0,63	0,19
Questão 1.4	0,49	0,43
Questão 1.5	0,49	0,43
Questão 1.6	0,51	0,59
Questão 1.7	0,61	0,28
Questão 1.8	0,68	-0,06
Questão 1.9	0,66	-0,39
Questão 1.10	0,67	-0,26
Questão 2.1	0,64	-0,29
Questão 2.2	0,62	-0,25

Relativamente às respostas dos participantes às questões da primeira escala do questionário acerca do grau de importância atribuído às competências de pensamento crítico, segue-se uma representação da distribuição dessas mesmas respostas, questão a questão (Quadro 8).

Quadro 8

Distribuição das respostas da amostra na escala “competências” e “atividades”

	Nada importante <i>n</i>	Pouco importante <i>n</i>	De alguma importância <i>n</i>	Importante <i>n</i>	Muito importante <i>n</i>
Competências					
1.1 Descrever diferentes pontos de vista	0	2	13	107	97
1.2 Explicar um conceito pelas suas próprias palavras	0	0	15	103	101
1.3 Identificar relações entre diferentes conceitos	0	0	18	107	94
1.4 Avaliar a credibilidade de afirmações	0	0	16	76	127
1.5 Colocar questões para clarificar uma situação	0	0	16	66	137
1.6 Retirar conclusões	0	1	12	65	119
1.7 Fundamentar conclusões	0	1	12	71	135
1.8 Levantar hipóteses	0	1	24	107	87
1.9 Apresentar aos outros um raciocínio	0	0	27	99	93
1.10 Justificar aos outros um raciocínio	0	1	22	93	103
Atividades					
2.1. Promover estratégias para pensar de forma mais eficaz quando é necessário tomar uma decisão.	0	1	6	87	125
2.2. Promover estratégias para pensar de forma mais eficaz quando é necessário resolver um problema.	0	0	7	72	140

Verifica-se que a maioria das respostas obtidas se situa entre as categorias “importante” e “muito importante”. Procurando estabelecer uma comparação entre as atribuições do grupo de estudantes e do grupo de profissionais de saúde, apresenta-se seguidamente uma comparação da média de respostas destes grupos a cada item do questionário (Quadro 9).

Verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudantes e o grupo de profissionais no que respeita às questões 1.3, 1.8 e 1.9, sendo que os profissionais revelam atribuir maior importância à identificação de relações entre diferentes conceitos, ao levantamento de hipóteses e à apresentação a outros de um raciocínio.

Quadro 9

Comparação da média de respostas ao Questionário de Importância do Pensamento Crítico entre estudantes e profissionais de saúde

Itens	Média		<i>T</i>	<i>p</i>
	Estudantes	Profissionais		
1.1 Descrever diferentes pontos de vista	3,34	3,39	-0,58	0,56
1.2 Explicar um conceito pelas suas próprias palavras	3,39	3,39	-0,01	0,99
1.3 Identificar relações entre diferentes conceitos	3,26	3,44	-2,09	0,03
1.4 Avaliar a credibilidade de afirmações	3,49	3,53	-0,49	0,62
1.5 Colocar questões para clarificar uma situação	3,50	3,61	-1,23	0,21
1.6 Retirar conclusões	3,58	3,52	0,73	0,46
1.7 Fundamentar conclusões	3,67	3,55	1,52	0,13
1.8 Levantar hipóteses	3,19	3,38	-2,15	0,03
1.9 Apresentar aos outros um raciocínio	3,21	3,40	-2,06	0,04
1.10 Justificar aos outros um raciocínio	3,42	3,29	1,33	0,18
Total Escala 1 – Competências	34,05	34,50	-0,84	0,39
2.1 Promover estratégias para pensar de forma mais eficaz quando é necessário tomar uma decisão.	3,49	3,59	-1,29	0,19
2.2 Promover estratégias para pensar de forma mais eficaz quando é necessário resolver um problema.	3,61	3,61	-0,13	0,98
Total Escala 2 – Actividades	7,10	7,20	-0,72	0,46

DISCUSSÃO

No que respeita às qualidades psicométricas do Questionário de Importância do Pensamento Crítico, foram analisadas a sua Fidelidade, e Validade. Relativamente à Fidelidade, o valor do Coeficiente Alfa de Cronbach apresenta-se bastante satisfatório (Field, 2009), garantindo que podemos ter confiança na informação obtida através do instrumento, mais concretamente no que diz respeito à sua precisão e fiabilidade (Almeida & Freire, 2003).

Relativamente à Validade, analisada através de análise factorial, procedeu-se a uma análise de componentes principais, com rotação oblíqua e pré-definição a dois factores. Nesta análise factorial verificou-se que os itens não saturavam nos factores esperados, e ainda que o segundo factor continha apenas um item. Esse item apresenta cargas factoriais com valores próximos em ambos os factores, aproximando-se assim bastante do factor onde todos os outros itens saturaram. O facto da base teórica (Delphi Report) subjacente à construção do instrumento constituir um conjunto de competências de pensamento crítico caracterizadas pela interdependência entre conceitos, pode explicar que ambas as escalas se tenham fundido. As competências descritas pelo Delphi Report estão interligadas e influenciam-se mutuamente quando o pensamento crítico é activado. Por exemplo, o processo de “apresentar aos outros um raciocínio” (Questão 1.9) pode envolver “explicar um conceito pelas suas próprias palavras” (Questão 1.2). Observa-se

também que as actividades de pensamento crítico descritas no instrumento (segunda escala) envolvem as competências descritas na primeira escala. Assim, com base no exposto, e na análise das qualidades psicométricas do Questionário de Importância do Pensamento Crítico, consideramos que este instrumento constituiu uma medida adequada para avaliação da importância atribuída a competências e actividades associadas ao pensamento crítico.

Quanto às respostas dos participantes relativamente às questões e escalas deste instrumento, constatou-se que nenhum dos participantes considerou as capacidades de pensamento crítico como algo “nada importante”, e que apenas nas afirmações 1.1, 1.6., 1.7, 1.8, e 1.10 foi atribuída a classificação de “pouco importante”. Refere-se também que a média de respostas se situa sempre entre as categorias “importante” e “muito importante”. Observamos ainda que nenhum dos participantes considerou as actividades de pensamento crítico como algo “nada importante”, e que apenas na afirmação 2.1, foi atribuída a classificação de “pouco importante” à respectiva actividade, e por apenas um participante. Observamos também que a média de respostas se situa sempre entre as categorias “importante” e “muito importante”. Através do teste *t* de Student verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente às questões 1.3, 1.8 e 1.9, nas quais o grupo de profissionais pontuam mais do que os estudantes na atribuição de importância às competências em questão. Estas diferenças poderão estar relacionadas com os desafios inerentes à prática profissional, e à percepção da importância que os profissionais associam a estas competências nos contextos de trabalho.

O instrumento desenvolvido apresenta boas qualidades psicométricas, pese embora algumas questões que se podem colocar relativamente à sua Validade. Conclui-se ser o pensamento crítico uma área de relevo nos contextos académico e profissional, sendo desejável caminhar no sentido de promover esta competência nos indivíduos, transversalmente a qualquer curso ou profissão.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L.S., & Franco, A.H.R. (2011). Critical thinking: Its relevance for education in a shifting society. *Revista de Psicologia*, 29, 176-195.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Anastasi, A. (1977). *Testes psicológicos*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Angeli, C., & Valanides, N. (2009). Instructional effects on critical thinking: performance on ill-defined issues. *Learning and Instruction*, 19, 322-324. doi:org/10.1016/j.learninstruc.2008.06.010
- Australian Government Department of Education, Employment and Workplace Relations (2012). Apply reflective practice, critical thinking and analysis in health, Commonwealth of Australia (publicação no. HLTEN508B). Consultado em http://training.gov.au/TrainingComponentFiles/HLT07/HLTEN508B_R1.pdf
- Bailin, S., Case, R., Coombs, J.R., & Daniels, L.B. (1999). Conceptualizing critical thinking. *Journal of Curriculum Studies*, 31, 285-302. doi:org/10.1080/002202799183133
- Brookfield, S.D. (1987). *Developing critical thinkers: Challenging adults to explore alternative ways of thinking and acting*. Buckingham: Open University Press.
- Cerullo, J.A.S.B., & Cruz, D.A.L.M. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 1-6.
- Chaffee, J. (2009). *Thinking Critically*. Boston: Wadsworth.

- Croskerry, P. (2012). Perspectives on diagnostic failure and patient safety. *Healthcare Quarterly*, 15, 50-56. doi:org/10.12927/hcq.2012.22841
- Dewey, J. (2001). *Democracy and education*. Consultado em <http://www2.hn.psu.edu/faculty/jmanis/johndewey/dem&ed.pdf> (Original publicado em 1916)
- Ennis, R. (1991). Critical thinking: A streamlined conception. *Teaching Philosophy*, 14, 5-24.
- Ennis, R. (1997). Incorporating critical thinking in the curriculum: An introduction to some basic issues. *Inquiry: Critical Thinking across the disciplines*, 16, 1-9.
- Facione, N.C., & Facione, P.A. (2008). Critical thinking and clinical judgment. In N.C. Facione e P.A. Facione (Eds.), *Critical thinking and clinical judgment in the health sciences* (pp. 1-13). Millbrae, CA: California Academic Press.
- Facione, P.A. (1990). *Critical thinking: A Statement of Expert Consensus for purposes of Educational Assessment and Instruction – Executive Summary “The Delphi Report”*. Consultado em California Academic Press: http://assessment.aas.duke.edu/documents/Delphi_Report.pdf
- Facione, P.A. (2010). *Critical thinking: What it is and why it counts*. Milbrae, CA: Insight Assessment. Consultado em <http://www.insightassessment.com/CT-Resources/Independent-Critical-Thinking-Research/pdf-file/Critical-Thinking-What-It-Is-and-Why-It-Counts-PDF>
- Facione, P.A. (2011). *Health Sciences Reasoning Test – HSRT Test Manual*. Milbrae, CA: Insight Assessment.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE Publications.
- Fisher, A. (2001). *Critical thinking: An introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- General Medical Council (2009). Tomorrow’s Doctors: Outcomes and standards for undergraduate medical education. Consultado em <http://www.cardi.ie/node/5180>
- Guéguen, N. (1999). *Manual de estatística para psicólogos*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Halpern, D., & Nummendal, S.G. (1995). Closing thoughts about helping students improve how they think. *Teaching of Psychology*, 22, 82-83. doi:org/10.1207/s15328023top2201_24
- Halpern, D. (1999). Teaching for critical thinking: Helping college students develop the skills and dispositions of a critical thinker. *New Directions for Teaching and Learning*, 80, 69-74. doi:org/10.1002/tl.8005
- Hunter, D.A. (2009). *A practical guide to critical thinking*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc.
- Jones, M.A. (1992). Clinical reasoning in manual therapy. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 72, 875-884.
- Kuhn, D. (1999). A developmental model of critical thinking. *Educational Researcher*, 28, 16-26. doi:org/10.3102/0013189X028002016
- Lipman, M. (1988). Critical thinking – What can it be? *Educational Leadership*, 1, 38-43.
- Moon, J. (2008). *Critical thinking: An exploration of theory and practice*. Abingdon: Routledge.
- Paul, R., Elder, L., & Bartell, T. (1997). *California teacher preparation for instruction in critical thinking*. (ERIC Report No. ED437379). Consultado em Education Resources Information Center: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED437379.pdf>
- Paul, R., & Elder, L. (2008). *The miniature guide to critical thinking – Concepts and tools*. Tomales, CA: Foundation for Critical Thinking Press.

- Ribeiro, J.L.P. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Riddell, T. (2007). Critical assumptions: Thinking critically about critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 46, 121-126.
- Vieira, R., Tenreiro-Vieira, C., & Martins, I.P. (2011). Critical thinking: Conceptual clarification and its importance in science education. *Science Education International*, 22, 43-54.
- Wang, S.Y., Tsai, J.C., Chiang, H.C., Lai, C.S., & Lin, H.J. (2008). Socrates, problem-based learning and critical thinking- A philosophic point of view. *Kaoshiung Journal of Medical Sciences*, 24, 6-13. doi:org/10.1016/S1607-551X(08)700088-3
- Washburn, P. (2010). *The vocabulary of critical thinking*. New York: Oxford University Press.
- Yildirim, B., & Özkahraman, S. (2011). Critical thinking in Nursing and learning styles. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1, 127-133.
- Yildirim, B., Özkahraman, S., & Ersoy, S. (2012). Investigation of critical thinking dispositions in Nurses working in public hospitals. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 2, 61-67.